



Formación en Psicoterapias Cognitivas  
Contemporáneas

**Clínica de los Trastornos de Ansiedad II: Obsesivo  
Compulsivo, Ansiedad Generalizada y Estrés Postraumático**



# **Fundación Foro**

## **Formación en Psicoterapias Cognitivas Contemporáneas**

### **Clínica de los Trastornos de Ansiedad II: Obsesivo**

### **Compulsivo, Ansiedad Generalizada y Estrés**

### **Postraumático**

#### **1. Fundamentos**

Los trastornos de ansiedad se cuentan entre las demandas de atención más usuales en la clínica actual. El Trastorno de Ansiedad Generalizada, el Trastorno Obsesivo Compulsivo y el Trastorno por Estrés Postraumático han sido, tradicionalmente y por muchos años, los trastornos de ansiedad que menos atención han recibido. Esta tendencia comienza a revertirse a partir en los últimos años para el caso de la Ansiedad Generalizada, con la aparición de la preocupación como elemento central en el diagnóstico del desorden.

En el Trastorno Obsesivo Compulsivo, nuevas técnicas y modelos han sido desarrollados para el tratamiento, combinando procedimientos cognitivos con los ya tradicionales de exposición y prevención de la respuesta. Por su parte, el estudio del Trastorno por Estrés Postraumático cobró especial fuerza, a partir de las investigaciones sistemáticas llevadas a cabo fundamentalmente en personas que habían participado en guerras y conflictos bélicos.

#### **2. Objetivos**

Se espera que al finalizar el curso los profesionales:

- ✓ Conocer las bases de la Psicoterapia Cognitiva Conductual para los Trastornos de Ansiedad Generalizada, Obsesivo Compulsivo y de Estrés Postraumático.
- ✓ Establecer un adecuado plan de tratamiento para estos trastornos desde un modelo cognitivo conductual.
- ✓ Desarrollar las habilidades para conducir un tratamiento en estos trastornos de ansiedad.

- ✓ Evaluar los resultados de los tratamientos utilizando medidas objetivas en el caso de los trastornos de ansiedad.

### **3. Plan didáctico**

**Metodología:** : Se utilizarán exposiciones con el grupo, armado de cuadros, técnicas de rol playing y el trabajo con materiales clínicos.

**Evaluación:** Se realizará mediante un multiple choice y el desarrollo de un plan de tratamiento a partir de una viñeta clínica.

### **4. Programa sintético**

Unidad 1: Modelos y tratamientos cognitivo conductuales del Trastorno de Ansiedad Generalizada.

Unidad 2: Modelos y tratamientos cognitivo conductuales del Trastorno Obsesivo Compulsivo.

Unidad 3: Modelos y tratamientos cognitivo conductuales del Trastorno por Estrés Postraumático

### **5. Programa analítico**

**Unidad 1: Modelos y tratamientos cognitivo conductuales del Trastorno de Ansiedad Generalizada.**

La evolución del Trastorno de Ansiedad Generalizada en el DSM. Preocupación normal y patológica. Diferenciación de preocupaciones con obsesiones, rumiaciones depresivas y recuerdos de trauma. La influencia del ambiente y el temperamento. El modelado de los padres. Aprendizaje del estilo evitativo y el asumir riesgos. Aproximaciones teóricas y empíricas. Preocupación como conducta cognitiva de evitación. Creencias positivas y negativas sobre la preocupación. La intolerancia a la incertidumbre. Psicoterapia Cognitiva y Metacognitiva del Trastorno de Ansiedad Generalizada.

## **Unidad 2: Modelos y tratamientos cognitivo conductuales del Trastorno Obsesivo Compulsivo.**

Criterios DSM. Presentación clínica. Factores de riesgo. Curso del TEPT. Teorías sobre el estrés postraumático. Respuesta subjetiva individual al trauma. Ciclos de respuesta al trauma. Elementos claves para el trabajo con el trauma. Estrés acumulativo. El estrés postraumático en el Desorden límite de personalidad. El estrés postraumático en el trastorno de ansiedad generalizada. Terapia cognitivo conductual del TEPT. Autodiálogo guiado. Reestructuración cognitiva. Exposición. EMDR vs. Simple exposición. La terapia del procesamiento cognitivo.

## **6. Cronograma**

El criterio del dictado de la materia será flexible para adaptarse al ritmo particular de cada grupo. El cronograma aproximado es el siguiente:

**Clase n° 1:** Unidad 1: Modelos y tratamientos cognitivo conductuales del Trastorno de Ansiedad Generalizada.

**Clase n° 2:** Unidad 2: Modelos y tratamientos cognitivo conductuales del Trastorno Obsesivo Compulsivo.

**Clase n° 3:** Unidad 3: Modelos y tratamientos cognitivo conductuales del Trastorno por Estrés Postraumático.

## **7. Bibliografía**

### **Bibliografía específica:**

Este listado de textos está organizado por capítulos para facilitar la organización del estudio, para cada unidad se indica la bibliografía correspondiente, especificándose el capítulo o apartado. En algunos casos un mismo texto es utilizado para varias unidades.

### **Unidad 1: Modelos y tratamientos cognitivo conductuales del Trastorno de Ansiedad Generalizada.**

— Cía, A. (2007) *La ansiedad y sus trastornos. Manual Diagnóstico y Terapéutico*. Capítulo 4: Trastorno de Ansiedad Generalizada. Editorial Polemos. Buenos Aires.

- Capafons, A. (2001) *Tratamientos psicológicos eficaces para la ansiedad generalizada*. Psicothema. 2001. Vol. 13, nº 3, pp. 442-446
- Dugas, M. J. y Ladouceur, R. (1997). *Análisis y tratamiento del trastorno por ansiedad generalizada*. En Caballo, V. (1997). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Vol. 1: Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos. Siglo XXI. Madrid.
- Vetere, G. y Rodríguez Biglieri, R. (2005). *Validación empírica de modelos teóricos y tratamientos cognitivo-conductuales para el Trastorno de Ansiedad Generalizada*. VERTEX Rev. Arg. de Psiquiat. 2005, Vol. XVI: 170-175
- Vetere, G., Portela, A. & Rodríguez Biglieri, R. (2007). *Perfil de personalidad de los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada*. Revista Argentina de Clínica Psicológica, 16 (2), 129-134.- Vetere, G. & Rodríguez Biglieri, R. (2005). *Perspectivas cognitivo-conductuales del trastorno de ansiedad generalizada*. Anxia, 12, 23-27.

## **Unidad 2: Modelos y tratamientos cognitivo conductuales del Trastorno Obsesivo Compulsivo**

- Cía, A. (2007) *La ansiedad y sus trastornos. Manual Diagnóstico y Terapéutico*. Capítulo 6: Trastorno Obsesivo-Compulsivo. Editorial Polemos. Buenos Aires.
- Foa, E. y Wilson, R. (1991). *Venza sus obsesiones*. Ediciones Robinbook. Barcelona.
- Freeston, M. y Ladouceur, R. (1997). *Análisis y tratamiento de las obsesiones*. En Caballo, V. (1997). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Vol. I. Siglo XXI. Madrid.

## **Unidad 3: Modelos y tratamientos cognitivo conductuales del Trastorno por Estrés Postraumático**

- Kolk, B, Mc Farlane, A. *Traumatic stress. Parte II*. Capítulo 5: Estrés vs. estrés traumático y Capítulo 9: La complejidad de las adaptaciones al trauma. Ficha traducida.
- Lescano, R. *Reacciones comunes frente al trauma*. Ficha.

## **Bibliografía Complementaria en Inglés:**

- Olasov Rothbaum, B., Astin, M. and Marsteller, F. (2005) *Prolonged Exposure versus Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for PTSD Rape Victims*. Journal of Traumatic Stress, Vol. 18, No. 6, December 2005, pp. 607–616
- Stapleton, J.; Taylor, S; Asmundson, G. (2006). *Effects of Three PTSD Treatments on Anger and Guilt: Exposure Therapy, Eye Movement Desensitization and Reprocessing, and Relaxation Training*. Journal of Traumatic Stress, Vol. 19, No. 1, February 2006, pp. 19–28
- van Minnen, A. and Foa, E. *The Effect of Imaginal Exposure Length on Outcome of Treatment for PTSD.*, Journal of Traumatic Stress, Vol. 19, No. 4, August 2006, pp. 427–438

### **Bibliografía general:**

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th Ed. Autor. Washington DC.
- Bernstein, D. y Borkovec, T. (1973). *Progressive relaxation training*. Research Press. Champaign.
- Borkovec, T., Alcaine, O. y Behar, E. (2004). *Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder*. En Heimberg, R., Turk, C. y Mennin, D. (2004). *Generalized Anxiety Disorder: Advances in research and practice*. The Guilford Press. New York.
- Borkovec, T. y Roemer, L. (1995). *Perceived functions of worry among generalized anxiety disorder subjects: Distraction from more emotional topics*. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. 26. Pp. 25-30.
- Cía, A. (1997). *Trastorno obsesivo compulsivo y síndromes relacionados*. El Ateneo. Buenos Aires.
- Dugas, M. y Robichaud, M. (2007). *Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice*. Routledge. New York.
- Fernández, M. (1997). *Control del diálogo interno y autoinstrucciones en Labrador F. y Muñoz, J. (1997). Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Pirámide. Madrid.
- Foa, E. y Kozak, M. (1986). *Emotional processing of fear: exposure to corrective information*. Psychological Bulletin. 99. Pp. 20-35.
- Gavino, A. (1997). *Técnicas de terapia de conducta*. Martínez-Roca. Barcelona.

- Golfried, M. (1996). De la terapia Cognitivo-Conductual a la Psicoterapia de Integración. Desclée de Brouwer. Bilbao.
- Rachman, S. (1998). *A cognitive theory of obsessions: elaborations*. Behaviour Research and Therapy. 36. Pp. 385-401.
- Steketee, G. (1993). *Treatment of obsessive compulsive disorder*. Guilford. New York.
- Vallejo Pareja, M. (2001). *Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno obsesivo compulsivo*. Psicothema Vol. 13. 3. pp 419-27

Alfredo H. Cía

# La Ansiedad y sus Trastornos

MANUAL  
DIAGNÓSTICO Y  
TERAPÉUTICO



---

Cía, Alfredo Horacio

La Ansiedad y sus Trastornos : Manual Diagnóstico y Terapéutico.

- 2a ed. - Buenos Aires : Polemos, 2007.

480 p. ; 24x17 cm.

ISBN 978-987-9165-90-4

1. Salud Mental. 2. Ansiedad. I. Título

CDD 615.89

---

## Índice

Nota: Toda la información contenida en este libro respecto a diferentes fármacos, sobre dosis, esquemas posológicos y vías de administración, es la reconocida como útil para los estándares de investigación de la comunidad médica internacional. Sin embargo, a medida que la ciencia progresa y se desarrollan nuevas experiencias clínicas, estos valores, así como los medicamentos mencionados, pueden irse modificando.

Por lo tanto, recomendamos a los lectores seguir siempre las indicaciones de un médico, quien será el responsable de tan delicada tarea y de solucionar los inconvenientes que pudieran presentarse a lo largo de la misma.

Segunda edición en castellano, Editorial Polemos, Buenos Aires, 2007

Hecho el depósito que marca la ley 11723

© by Alfredo Horacio Cía

© de esta edición by Polemos S.A.

Moreno 1785, 5º piso (C1093ABG) Buenos Aires, Argentina

Tel/fax: 4383-5291 / 4382-4181

E-mail: editorial@polemos.com.ar

www.editorialpolemos.com

ISBN: 978-987-9165-90-4

Prohibida su reproducción total o parcial

Derechos reservados

Impreso en Argentina

IMAGEN EN CUBIERTA: Piero della Francesca, *Battesimo di Cristo*, (Temple sobre tabla), realizado entre 1440-1454. Detalles.  
National Gallery, Londres.

ARTE EN CUBIERTA E INTERIOR: Julio Rovelli

Índice general | 7

Prólogo | 23

CAPÍTULO 1

Introducción a la Ansiedad

Introducción | 31

Definiciones y etimología | 33

*Angustia* | 33

*Ansiedad* | 34

*Pánico* | 35

*Miedos y fobias* | 35

Concepto general de fobia | 36

*Síntomas generales de las fobias* | 36

*Tipos de fobia* | 37

*Agorafobia* | 37

Estrés | 37

*Estrés somático o físico* | 38

*Estrés psíquico* | 38

*Estrés sociocultural* | 38

Antecedentes históricos de la ansiedad y el pánico | 40

Diferentes enfoques teóricos acerca de la ansiedad | 43



## Trastorno de Ansiedad Generalizada

### Introducción

Desde el punto de vista conceptual, el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) es una enfermedad que comprende una preocupación excesiva e incontrolable, durante seis meses como mínimo, sobre dos o más aspectos de la vida de un individuo, provocándole interferencias en su habilidad para desempeñarse normalmente.

El TAG, no obstante es el trastorno de ansiedad por antonomasia, ha recibido hasta hace poco tiempo una atención menor, desde el punto de vista de la investigación, que otros trastornos. Esto pudo deberse, por un lado, a la ausencia durante muchos años, de criterios diagnósticos para definirlo y, por otro, a su origen como una categoría diagnóstica residual.

### Criterios para el Diagnóstico y la Evaluación

Antes de 1987, año en que fuera presentado el DSM-III-R (1987), el TAG mantenía un status de categoría diagnóstica residual; de hecho, cuando regían los antiguos criterios del DSM-III (1980) y el aún vigente CIE-10 (1992), el diagnóstico no podía ser efectuado si otro trastorno fóbico, Trastorno de Pánico o Trastorno Obsesivo-Compulsivo, estaban presentes. Como resultado de esta posición residual, la validez del TAG como trastorno en sí mismo fue cuestionada. Por ejemplo Breier, Charney y Heninger (1985) concluyeron que el TAG podía

estar constituido por: *"una manifestación prodrómica, incompleta o residual de otros trastornos psiquiátricos"*. Esta conclusión fue coherente con la evidencia de que la ansiedad generalizada podría constituir la perturbación primaria de los pacientes con agorafobia (Roth y Argyle, 1988) o con evidencias, según Garvey, Cook y Noyes (1988), de que hay síntomas prodrómicos de TAG en el Trastorno de Pánico. Sin embargo, esto no se cumplía en todos los casos.

A partir del DSM-III-R (1987) y del actualmente vigente DSM-IV (1994), el TAG no es más una categoría diagnóstica residual, sino que constituye una entidad independiente, que puede coexistir con el trastorno de pánico o con preocupaciones fóbicas u obsesivas.

Por consiguiente, puede hacerse el diagnóstico de TAG si una persona con trastorno de pánico manifiesta padecer preocupaciones no relacionadas con la ansiedad anticipatoria de tener otro ataque de pánico. También puede establecerse un diagnóstico diferencial entre TAG y ansiedad o fobia social si la ansiedad no solo está relacionada a temores de ser evaluado negativamente por los demás, sino que también se detectan preocupaciones excesivas respecto a temas cotidianos.

Los lineamientos diagnósticos provistos por el DSM-IV y la CIE-10, coherentes con las descripciones clínicas habituales, requieren, para definir el TAG, la presencia de síntomas de ansiedad y preocupación excesivas la mayor parte del tiempo, durante un mínimo de seis meses.

### Descripción clínica

El TAG presenta, desde el punto de vista de la sintomatología, diferentes componentes:

- Cognitivos.
- Comportamentales.
- Fisiológicos.

El componente cognitivo de la enfermedad consiste en la presencia de preocupaciones irracionales y excesivas durante la mayor parte del tiempo. Por ejemplo, un paciente con TAG puede estar preocupado acerca del dinero, cuando sus finanzas están bien, puede preocuparse acerca de la salud de un niño que no presenta evidencias de enfermedad, o estar excesivamente preocupado por eventos catastróficos de baja posibilidad, como un accidente aéreo ante un posible viaje en avión.

El componente conductual refiere a la incapacidad de control de la ansiedad, lo cual le provoca a las personas afectadas un distrés y una disfunción significativa en sus actividades familiares, ocupacionales y sociales.

En concordancia con los pensamientos preocupantes y restricciones de la conducta, los enfermos de TAG presentan un componente fisiológico de ansiedad

expresado por síntomas que incluyen un aumento de la vigilancia o estado de hiperalerta, dificultad o imposibilidad de descansar, tensiones motoras caracterizadas por inquietud, temblores o contracturas, hiperactividad autonómica, generalmente moderada, que se manifiesta como cefalea tensional o sensación de cabeza liviana, palpitaciones o disnea y sentirse irritable, al límite, o "estar con los pelos de punta". La preocupación y la ansiedad prolongadas pueden llevar a un estado de cansancio crónico, dificultades para lograr una adecuada concentración, epigastralgias e insomnio, sobre todo de conciliación.

En la clínica general, los pacientes con TAG pueden referir una variedad de síntomas no específicos asociados con la ansiedad, por ejemplo, tensión o contracturas musculares, distrés gastrointestinal, sudoración excesiva o mareos. Con frecuencia, estos pacientes concurren a médicos de asistencia primaria buscando alivio para sus múltiples quejas somáticas.

### Pautas para el Diagnóstico

Se deben reconocer claramente los elementos del cuadro clínico, que, resumidos son los siguientes:

---

#### CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA EL TAG

- La persona experimenta ansiedad y preocupación excesivas acerca de un número determinado de eventos o actividades (expectación aprensiva) la mayoría de los días, al menos durante 6 meses.
- Se le hace difícil controlar la preocupación.
- El foco de la ansiedad y preocupación no se limita a las características de un trastorno del Eje I.
- La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan distrés y desmejoría.

---

#### Síntomas asociados (3 o más)

- Cansancio o sentirse al límite
  - Dificultad para concentrarse o mente en blanco.
  - Tensión muscular.
  - Fatigarse con facilidad.
  - Irritabilidad.
  - Dificultad para dormir.
- 

Algunos de los factores de riesgo que se han detectado para el TAG son los siguientes: ser mujer, tener más de 30 años, poseer antecedentes de un trastorno depresivo mayor, o antecedentes familiares de trastornos del humor o de ansiedad.

De modo tal que se debe considerar el posible padecimiento de TAG ante la aparición de una sintomatología múltiple, preocupaciones excesivas o insomnio de conciliación.

### Etiología y Naturaleza del Trastorno

Como en otros Trastornos de Ansiedad, existe una combinación de factores genéticos, rasgos de personalidad, sucesos estresantes de la vida, o de eventos vitales, que se combinan para dar lugar a la enfermedad. En lo que hace a la genética, existen evidencias de la relación directa que se establece entre el número de personas que padecen TAG y la frecuencia de esta enfermedad como antecedente familiar. Lo mismo ocurre con el Trastorno de Pánico. (Crow, Noyes, Pauly col., 1983; Noyes, Crowe y col., 1987). Esto puede deberse a que los pacientes con TAG o TP hereden una diátesis o predisposición para desarrollar Trastornos de Ansiedad en general.

Barlow y col. (1988) describieron cierto número de características de sus pacientes con TAG que, según ellos, los predisponen a desarrollar la enfermedad, así como otros trastornos de ansiedad. Una de esas características comprende el prejuicio cognitivo de ver al mundo como un lugar peligroso, reforzado, a su vez, por experiencias pasadas. Otros investigadores (Nisita y col. 1990), han confirmado que una historia de experiencias vitales negativas puede predecir el desarrollo posterior de un TAG. Estas experiencias provocan en el sujeto un estado de hiperalerta difuso e hipersensibilidad, lo cual lo sitúa en un espacio diferente al de las personas no ansiosas.

#### LA PREOCUPACIÓN O EXPECTACIÓN APRENSIVA: SÍNTOMA NUCLEAR DEL TAG

- Preocupación excesiva por hechos menores y sucesos futuros.
- Disminución de la capacidad para focalizar la atención.
- Si se extingue un foco de preocupación, se busca inmediatamente otro (diagnóstico diferencial con el trastorno adaptativo).
- Cogniciones negativas variadas.
- Moderada atención a los síntomas somáticos.
- Egosintonía.

Por qué se mantiene el TAG una vez iniciado, es aún un tema de controversia. Diferentes autores consideran que los factores cognitivos son el mecanismo nuclear que actúa para mantener la enfermedad.

Czepowicz y col. (1990) han hipotetizado que la preocupación se caracteriza primariamente por pensamientos verbales más que por imágenes y es mediada por evitación de sucesos potencialmente peligrosos.

Según Barlow (1988), hay un número de prejuicios cognitivos que pueden gatillar el proceso de preocupación, como, por ejemplo, la tendencia del paciente a sobrestimar la probabilidad de que ocurran sucesos negativos y tengan consecuencias catastróficas, así como subestimar su propia habilidad para afrontarlos. Para Butler y Mathews (1987), existen también prejuicios o dificultades en la manera en que los pacientes con TAG procesan la información proveniente del entorno, haciendo interpretaciones amenazantes de materiales ambiguos mayores a las de los controles normales y sobrestimando la posibilidad de que los eventos peligrosos puedan ocurrir. Borkovec (1985) afirma que tienen también una mayor tendencia a interpretar equivocadamente sucesos negativos comunes que son parte de la condición humana.

### Epidemiología

Los hallazgos epidemiológicos están basados en diferentes clasificaciones que caracterizan al trastorno, algunos en las definiciones del DSM-III (1980) y otros en la CIE-10 de la OMS (1992). Otro elemento a considerar es que la mayor parte de estos pacientes son asistidos por médicos clínicos en los servicios de atención primaria quienes, por lo general, no tienen un conocimiento detallado acerca de los criterios diagnósticos mencionados. En consecuencia, es difícil que lleguen a un diagnóstico exacto del trastorno.

En términos epidemiológicos, debemos destacar que el TAG es una patología muy frecuente, con una prevalencia de por vida poblacional del 5% al 6% y con una prevalencia actual o corriente del 2% al 3%. Es el trastorno de ansiedad más frecuentemente visto en los centros de asistencia primaria, con una frecuencia del 5% al 9% de las consultas. Un amplio estudio llevado a cabo por la OMS en adultos de asistencia primaria (N. Sartorius y col., 1996), reveló que los trastornos de ansiedad y depresivos tienen una prevalencia del 11,7% y 10,2% respectivamente. El TAG se asocia comúnmente con el trastorno depresivo mayor, y cerca de 2/3 de los paciente con TAG experimentan una depresión mayor comórbida, lo que significa un aumento en la alteración de la calidad de vida del paciente.

El Estudio Nacional de Comorbilidad (National Comorbidity Survey), efectuado en distintos sitios de EE.UU, informó acerca de una tasa de prevalencia de por vida del 5.1% y una prevalencia actual del 1.6% (Wittchen, Zhao y Kessler, 1993), lo que ubica al TAG dentro de uno de los trastornos de ansiedad más comunes. El TAG, según Burvill (1990), es el quinto diagnóstico clínico más frecuente en el nivel de asistencia primaria, aunque tiende a estar sub-representado en los centros de tratamiento psiquiátricos. Rapee (1991) observa que una proporción relativamente baja de estos individuos concurren a servicios especializados.



Esto podría deberse a que la mayoría de los mismos no se sienten lo suficientemente estresados como para buscar un tratamiento específico, o consideran que su ansiedad es parte de su forma de ser o temperamento y, por consiguiente, no es susceptible de ser tratada. A pesar de estas dificultades y de los sucesivos cambios en los criterios diagnósticos, existe actualmente bastante concordancia en los hallazgos obtenidos por diferentes autores.

La prevalencia estimada a lo largo de la vida en la población general, de acuerdo a los criterios de clasificación del DSM-IV, es del 5% y, si se siguen los criterios de la CIE-10, algo menos estrictos, es del 6,5%.

### Evolución

El curso natural de la enfermedad tiende a ser crónico y recurrente, en algunos casos con una evolución de una o varias décadas.

La cronicidad se manifiesta en el largo plazo por síntomas residuales complejos y por una gran perturbación en el funcionamiento social del paciente. Es poco probable que el TAG u otros trastornos de ansiedad, entren en una etapa de remisión espontánea. Se considera que las tasas de remisión sin tratamiento son muy bajas, variando entre el 15 y el 25%. El curso generalmente es fluctuante, caracterizado por exacerbaciones y remisiones periódicas. El TAG típicamente ocurre a edades más tempranas que la depresión mayor. A su vez, los trastornos de ansiedad suelen preceder a la depresión mayor, en 2/3 partes de los individuos que sufren ambos trastornos. El inicio y exacerbaciones del TAG pueden estar relacionados a períodos de la vida de intenso estrés o sobrecarga emocional.

### El TAG según el DSM-IV

De acuerdo a los criterios del DSM-IV (1994), podemos definir que el enfermo padece esta patología si presenta:

- a) Ansiedad y preocupación excesiva, la mayor parte de los días, durante un período mínimo de seis meses.
- b) Estas preocupaciones excesivas son difíciles de controlar.
- c) La ansiedad y la preocupación se asocian por lo menos con tres de los siguientes síntomas:
  - 1. Inquietud, ansiedad excesiva, o estar "con los pelos de punta".
  - 2. Dificultad para concentrarse, o tener la mente "en blanco".
  - 3. Fatiga fácil.
  - 4. Irritabilidad.

- 5. Tensión muscular.
  - 6. Alteraciones en el sueño.
- d) Tanto los síntomas de ansiedad como los de preocupación generan un distrés y una disfunción vital significativos.
  - e) El motivo de las preocupaciones no se encuentra restringido a hallazgos en otras alteraciones del eje; por ej., la preocupación del paciente no es acerca de tener nuevos ataques de pánico, lo cual sería el caso de un trastorno de pánico; de sentirse avergonzado o humillado frente a otros, lo que sería el caso de una fobia social, o de presentar múltiples quejas somáticas, como puede ser en un trastorno somatoforme. Tampoco la ansiedad y preocupación están referidas a sucesos traumáticos, como puede ser el caso de un Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT).
  - f) El trastorno no está relacionado directamente a los efectos de una sustancia, sea medicación o droga de abuso, o a una condición médica general, como puede ser un hipertiroidismo, ni ocurre exclusivamente durante el trastorno de humor, un trastorno evolutivo del desarrollo o una psicosis.

### Comorbilidad

Una revisión reciente de investigaciones que evaluaron la comorbilidad del TAG concluyó que la mayoría de los pacientes en tratamiento, cuyo diagnóstico principal es el TAG, tienen otros Trastornos del Eje I en comorbilidad (Sanderson y Wetzler, 1991).

El Estudio Nacional de Comorbilidad (Wittchen y col, 1993) encontró que el 74.6% de quienes sufrían de TAG en la actualidad tenían algún trastorno psiquiátrico en comorbilidad, mientras que el 86.5 % de aquellos que habían sufrido TAG a lo largo de la vida, refirieron al menos otro trastorno mental de por vida. Los dos diagnósticos más comunes en comorbilidad en este estudio fueron la distimia y el trastorno de pánico seguidos por la depresión mayor y la agorafobia. Estos autores destacaron que los hallazgos obtenidos en muestras poblacionales son similares a los obtenidos en la clínica. Aunque no existan criterios para otro diagnóstico, una gran proporción de los pacientes con TAG refieren haber experimentado como mínimo una crisis de pánico; según Sanderson y Barlow (1990) esta cifra llega a un 73%.

El programa de investigaciones de trastornos de ansiedad desarrollado por las Universidades de Harvard y Brown denominado HARP (Harvard-Brown Anxiety Research Project) (Martin Keller, 2000), estudió una muestra poblacional grande de pacientes (n=711) en un diseño prospectivo de 11 a 13 años de seguimiento, durante el cual se hicieron múltiples evaluaciones con variables estandarizadas. Se incluyeron pacientes con diferentes trastornos de ansiedad, la mayoría de los cuales

se encontraban en tratamiento con médicos psiquiatras especializados en ansiedad. Dentro de los pacientes ingresados en el estudio HARP hubo 157 pacientes con TAG, los cuales tenían una edad promedio de 41,4 años; una media para la edad de comienzo de la enfermedad de 21,0 años; el porcentaje de mujeres era del 72% y la duración promedio de la enfermedad era de 15,6 años, es decir que la demora en el diagnóstico correcto era mayor a 10 años. A través del HARP se pudo estudiar la comorbilidad que presentaban los 157 pacientes con TAG. La comorbilidad con cualquier trastorno depresivo fue del 58% y puntualmente con el trastorno depresivo mayor fue del 39%. Comparados con los pacientes que sufrían TAG puro, los pacientes del estudio HARP, en los que había asociación del TAG con depresión mayor, presentaban comorbilidades adicionales con algunos otros Trastornos de Ansiedad, como una severa agorafobia, antecedentes de enfermedad psiquiátrica en la familia, una discapacidad significativa en la mayor parte de las áreas de funcionamiento social, un nivel socio-económico y educacional más bajo, una muy pobre calidad de vida, así como ideación e intentos suicidas frecuentes en sus antecedentes.

El estudio HARP concluyó que el TAG presenta una evolución con altas tasas de cronicidad y recurrencia, más del 70% posee algún otro Trastorno de Ansiedad asociado, lo cual conduce a una escasa tasa de recuperación y a un mayor porcentaje de recaídas que cuando se da el TAG solo. La depresión en comorbilidad es muy común y tiene el peor pronóstico comparado con el TAG puro.

### Comorbilidad con Depresión

El reconocimiento diagnóstico y tratamiento de la ansiedad como síntoma combinada con depresión, constituye un desafío para los médicos de asistencia primaria. Aunque tradicionalmente han sido tratadas como condiciones independientes, ansiedad y depresión tienen una sintomatología que se superpone en alto grado y frecuentemente coexisten.

La depresión mayor es la condición comórbida más frecuente para el TAG se ha comprobado que el TAG juega un rol particularmente importante en el desarrollo de la depresión. Diversas investigaciones sugieren que el TAG puede constituirse realmente en el pródromo para una depresión mayor. Esto surge a partir de datos epidemiológicos que demuestran que el 40% de los pacientes con TAG tienen una depresión comórbida en la historia familiar.

El Estudio Nacional de Comorbilidad de los EEUU, mostró una tasa de comorbilidad de por vida del 90% entre los pacientes con TAG y depresión. Hay que tener en cuenta que en la asistencia primaria los pacientes con TAG y

depresión, rara vez se presentan con síntomas psiquiátricos clásicos y, generalmente, evidencian síntomas somáticos, por lo cual el médico clínico debe estar muy atento y saber reconocer los primeros. La presencia de síntomas depresivos comórbidos ubica al tratamiento con antidepresivos en primera línea, por su eficacia ansiolítica y antidepresiva (Kahn, McNair y Frankenthaler, 1987; Rickels y Schweizer, 1993).

El Estudio Nacional de Comorbilidad demostró además que el 58% de los pacientes con un trastorno depresivo mayor, tenían también algún trastorno de ansiedad.

#### PREVALENCIA DEPRESIÓN y/o ANSIEDAD

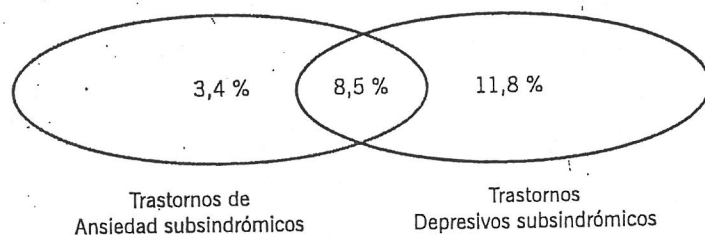
- 14% - 18% de la población.
- Sólo 7% a 9% acuden a médicos de atención primaria.
- Sólo identificado correctamente 3 a 4% de los casos.

En la realidad clínica cotidiana se ha comprobado que los síntomas ansiosos y depresivos coexisten muy frecuentemente, como indica el cuadro siguiente, configurando combinaciones subsindrómicas que incluyen sintomatología de ambos tipos o combinándose entidades con trastornos bien definidos de uno y otro tipo. Esto lleva a reevaluar la naturaleza de la relación entre los trastornos ansiosos y depresivos desde perspectivas nosológicas y neurobiológicas (Stahl (1993) y Preskorn (1993)).

### TAG y Asistencia Primaria

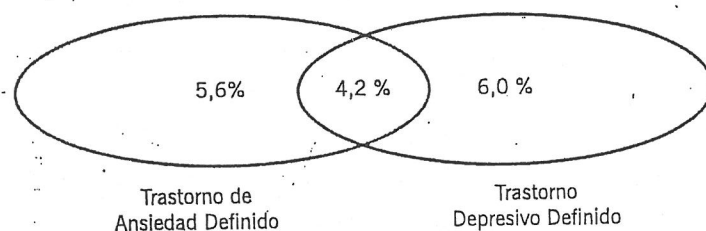
El médico de asistencia primaria es, generalmente, el primer profesional al que llega el paciente con TAG. Sin embargo, y, a pesar de que actualmente se cuenta con estrategias efectivas disponibles para un número importante de estos individuos, la mayoría no recibe un tratamiento específico. Actualmente, menos del 25% de los pacientes con TAG puro o en comorbilidad con depresión recibe una medicación psicofarmacológica adecuada. Esto se debe, fundamentalmente, a la falta de reconocimiento médico de esta patología, sobre todo cuando predominan los síntomas somáticos. Por ello, debemos plantearnos la necesidad de una mayor difusión de este trastorno entre los médicos generales y de asistencia primaria, para que puedan reconocer los síntomas de la enfermedad, dado que un diagnóstico correcto es el primer paso para un manejo satisfactorio y eficaz de la enfermedad.

### Comorbilidad Depresión-Ansiedad en Servicios de Atención Primaria: Casos Subsindrómicos (N=25916)



Fuente: Sartorius, N y col (1996) *British Journal Psychiatry*

### Comorbilidad Depresión-Ansiedad en Servicios de Atención Primaria: Casos Bien Definidos (N=25916)



Fuente: Sartorius, N y col. (1996) *British Journal Psychiatry*

## Diagnóstico Diferencial

Las consideraciones más importantes para el diagnóstico diferencial deben hacerse respecto a otros Trastornos de Ansiedad, la depresión, la distimia y los síndromes producidos por el abuso de sustancias y abstinencia.

Como ocurre con otros Trastornos de Ansiedad, la cuestión principal es la exclusión de factores físicos u orgánicos que pudieran haber iniciado o mantenido una perturbación, en particular el uso o abuso crónico de drogas. Síndromes de abstinencia por ejemplo, al alcohol, a benzodiacepinas u opiáceos deben también ser indagados. Es importante considerar la posibilidad de afecciones clínicas productoras de ansiedad, como el hipertiroidismo.

En el DSM-IV (1994), se especifican determinadas preocupaciones excluyentes que se encuentran en otros trastornos, lo cual permite llevar a cabo un diagnóstico diferencial. Por ejemplo, la preocupación acerca de engordar observada en la anorexia nerviosa; el miedo de estar padeciendo una enfermedad

grave, propio de la hipocondriasis, o el temor a estar lejos de casa o allegados, como se observa en el trastorno de ansiedad de separación y en la agorafobia.

Asimismo, también se excluye específicamente el diagnóstico de TAG si el trastorno solamente ocurre durante el curso de un trastorno del humor psicótico.

El diagnóstico diferencial del TAG con respecto a la depresión mayor, no solo tiene interés teórico sino clínico, porque existe una superposición considerable entre estos dos trastornos (Barlow y col., 1986), pese a que el diagnóstico diferencial se torna más difícil en el caso del TAG y la distimia.

## Diagnóstico Diferencial con TOC

Turner y col. (1992) han revisado estos dos tipos de procesamiento cognitivo y destacaron que, si bien comparten algunas características, pueden diferenciarse claramente, dado que las preocupaciones del TAG son típicamente autoiniciadas, de manera contraria a la naturaleza intrusiva y no deseada de las obsesiones. Aquellas son egosintónicas, contrariamente a la egodistonia del TOC, y se relacionan a un conjunto indefinido de preocupaciones acerca del futuro inmediato en la vida de un individuo. A diferencia del TOC, en el que los pensamientos e imágenes son intrusivos y sin sentido, generalmente contrarias a la forma de pensar del sujeto. La ideación obsesiva va acompañada de rituales o compulsiones en un intento de alivio y permanece confinada a un conjunto específico de preocupaciones referidas a la verificación, a la contaminación, a la blasfemia o a la agresividad.

Debe reconocerse que en el TAG, la forma excesiva y desproporcionada de preocuparse que tiene el enfermo, difiere considerablemente de las preocupaciones y angustias que todos experimentamos a veces y, que el trastorno se desarrolla una vez que los síntomas tienen suficiente severidad o duración para interferir con la vida o actividad de quien lo padece.

TAG	TOC
Preocupaciones y rumiaciones autoiniciadas	Pensamientos, imágenes, o conductas intrusivas
EGOSINTÓNICAS	EGODISTÓNICAS
Conjunto indefinido de temas que van surgiendo de lo cotidiano: familia, finanzas, trabajo, enfermedad.	Conjunto específico o definido de ideas referidas a contaminación, violencia, blasfemias, simetrías, etc. (absurdas o contrarias al ser habitual).



### *Diagnóstico Diferencial con Trastorno de Pánico*

Aunque el TAG y el TP se caractericen por presentar síntomas somáticos y preocupación, los síntomas neurofisiológicos del pánico se dan en forma de crisis o ataques discretos, mientras la preocupación se focaliza sobre todo en la anticipación de un posible nuevo ataque. En el TAG, los síntomas de ansiedad son más persistentes y los pensamientos preocupantes están referidos a temores cotidianos. Aunque algunos de estos síntomas se superponen a los del trastorno de pánico, tienen un perfil diferente. Se presentan de manera más leve y persistente; se asocian a pensamientos preocupantes relacionados a temores cotidianos; es menos probable que ocurran espontáneamente. Además, en los pacientes con TAG sin trastorno de pánico es menos probable que haya un temor a los síntomas físicos en sí mismos, aunque sufran o se incomoden por ellos. Los pacientes con TAG refieren sufrir los mencionados componentes ansiosos durante períodos prolongados a lo largo de cada día y es más probable que experimenten la ansiedad más días de la semana que los panicosos. Barlow, en 1988, encontró que los pacientes con TAG sufrían de ansiedad el 56% del tiempo de vigilia, lo que es considerablemente más de lo que lo hacen los pacientes con Trastorno de Pánico, en los cuales calculó un 16% promedio. Es más, la mayor parte de los pacientes con TAG permanecen sintomáticos desde el tiempo que se inició su dolencia; solamente el 25% refirieron remisiones de 3 meses o más (Noyes, Clarkson, Crowe, Yates y McChesney, 1987).

Ahora bien, con respecto a los tratamientos, la demora en la búsqueda de los mismos es mayor en los pacientes de TAG que en los de pánico, lo que puede atribuirse a falta de un diagnóstico correcto a nivel de la asistencia primaria, o a una creencia equivocada de que el problema de ansiedad en el enfermo es un rasgo permanente o "una forma de ser" y, por lo tanto, no merece tratamiento. La mayoría de los pacientes con TAG son asistidos por médicos generales, quienes, de manera inicial, reciben las quejas del paciente, atribuibles usualmente a los síntomas físicos de ansiedad. En el momento de la consulta, es probable que los pacientes con TAG hayan experimentado algún evento estresante reciente, como dificultades en el trabajo, casamiento, separación, pérdida de un ser querido, etc. (Blazer, Hughes y George, 1987).

### *Diagnóstico Diferencial con Trastornos del Humor*

Sugerimos al lector se remita al capítulo 11 (apartado Trastornos Depresivos) para ver un gráfico donde se hace referencia a cuales son los síntomas específicos de ansiedad, de depresión y aquellos comunes a ambas.

Los síntomas de depresión mayor y de distimia habitualmente se superponen con varios de los síntomas del TAG, sobre todo los síntomas de preocupaciones y rumiaciones, la disminución en la concentración, el insomnio y la fatiga. Aún más, se ha sugerido que la depresión y el TAG representan variantes fenotípicas de un sustrato genético común (Kendler, Neale, Kessler, y col., 1992).

Estos autores consideran que el trastorno mixto ansioso-depresivo es una entidad diagnóstica diferente y que va más allá de la comorbilidad del TAG con los trastornos del humor (Barlow y Liebowitz, 1994).

### *Diagnóstico Diferencial con uso, abuso o abstinencia de sustancias*

Los síntomas referidos al abuso de sustancias o a la abstinencia de los mismos, (alcohol, opiáceos, benzodiacepinas, ISRSs de vida media corta, entre otros), pueden ser idénticos al TAG; en particular, la ansiedad generalizada puede ser un síntoma frecuente asociado a la abstinencia de los alcohólicos crónicos. Es por ello que se torna imperiosa la necesidad de indagar sobre el consumo de alcohol o el uso de sustancias en pacientes ansiosos. De hecho, debe indagarse acerca del uso habitual de agentes ansiogénicos, como la cafeína en altas dosis, los descongestivos y otros simpaticomiméticos. Si el paciente padece alguna enfermedad clínica en comorbilidad puede estar recibiendo medicaciones que pueden producir ansiedad, por ejemplo, agonistas noradrenérgicos, teofilinas, glucocorticoides, hormonas tiroideas, etc. En estos casos, el diagnóstico de Trastorno de Ansiedad inducido por sustancias incluye a la ansiedad originada por medicaciones prescritas o drogas recreacionales. Los pacientes ansiosos que presentan abuso de sustancias nos ofrecen un problema mayor, debido a que las opciones de tratamiento son más limitadas. Por un lado, el empleo de las benzodiacepinas es restringido y, por otro, el uso y abstinencia de sustancias pueden exacerbar o mimetizar los síntomas de ansiedad. En estos casos, se impone el tratamiento del trastorno por abuso de sustancias, en forma previa o conjunta al tratamiento del trastorno de ansiedad. La eficacia y falta de potencial de abuso de los antidepresivos tricíclicos como los ISRSs o los ISRNs muestran que son agentes útiles en estos casos. En estos, el tratamiento de elección es retirar la droga causante mediante técnicas de desintoxicación o el uso de prescripciones alternativas, en caso de tratamientos clínicos.

### *Diagnóstico Diferencial con Trastornos Somatoformes*

Los pacientes con Trastorno Somatoforme pueden presentar preocupaciones crónicas o incontrolables acerca de tener una enfermedad, como en la

hipocondrias; o acerca de múltiples quejas somáticas, como en el trastorno de somatización. En estos casos el diagnóstico diferencial puede ser difícil, pero cuando las preocupaciones se restringen a preocupaciones médicas y no a temas cotidianos, podemos orientar nuestro diagnóstico hacia un trastorno somatoforme.

En aquellos pacientes cuyos síntomas de Ansiedad Generalizada no responden a un tratamiento inicial, debemos hacer una reevaluación para detectar una posible enfermedad de índole clínica, hasta entonces oculta, dado que la lista de condiciones médicas y neurológicas que producen ansiedad es extensa (Rosenbaum y Pollack, 1991).

### Impacto Psicosocial

El TAG tiene un impacto muy importante en los sistemas de salud, en la génesis de incapacidad o disfunción laboral y en otros aspectos psicosociales. La pérdida en días de trabajo es significativamente mayor en los pacientes con TAG comparada a pacientes con depresión mayor sin TAG y a controles sanos. Las personas afectadas por este trastorno concurren con frecuencia y reiteradamente a los centros de cuidados primarios, sin obtener un diagnóstico adecuado y, por consiguiente, son tratados de manera ineficaz.

### Neurobiología del TAG

Durante las últimas décadas, numerosas investigaciones aportaron una mayor comprensión acerca de la neurobiología de los Trastornos de Ansiedad. Gran parte de la investigación clínica se ha focalizado en establecer una disfunción de los sistemas noradrenérgico y serotoninérgico, los que se encuentran involucrados en el desarrollo de la ansiedad normal y patológica y en la efectividad terapéutica de diversos fármacos. La distribución neuroanatómica del sistema serotoninérgico, aporta datos consistentes en la regulación de la ansiedad y de los comportamientos de miedo.

La presencia de receptores 5-HT específicos en diversas regiones cerebrales como la amígdala, el tálamo, el hipocampo, el locus coeruleus y la neocorteza sugiere que existen sitios específicos destinados a la regulación de la ansiedad por este sistema. Existe una densidad elevada de receptores 5-HT-1A en el hipocampo y 5-HT-2 en la neocorteza. Las interacciones funcionales entre el sistema serotoninérgico y otros sistemas neuronales, particularmente el noradrenérgico, parecen ser importantes; esto se ha puesto en evidencia por la regulación de la actividad del locus coeruleus a través de los receptores 5-HT.

En el cerebro existen distintos sistemas de neuromodulación difusos y cada uno de ellos emplea un sistema de neurotransmisión, el que tiene a su cargo una

detallada información sensorial. Estos centros cumplen funciones regulatorias modulando importantes redes de neuronas postsinápticas, tanto en la corteza cerebral, como en el tálamo o en la médula espinal, lo que vuelve a las mismas más o menos excitables y más o menos activas sincrónicamente.

### TAG y alteraciones de diversos sistemas de neurotransmisión

En los pacientes con TAG se han detectado posibles anomalías, tanto en las vías como en los mecanismos reguladores de diversos sistemas neurobiológicos importantes.

#### Sistema noradrenérgico

- La respuesta de la hormona de crecimiento (GH) a la clonidina aplanada, compatible con una posible disminución de la sensibilidad de los receptores alfa-2.
- Los sitios de ligazón de los receptores alfa-2 están reducidos en plaquetas.
- Atenuación del aumento del 3-metoxi-4-hidroxifenilglicol (MHPEG) en respuesta a la yohimbina, que es un antagonista alfa-2 presináptico.

#### Sistema serotoninérgico

- Activación de síntomas de ansiedad con la mono-clorofenilpiperazina (MCPP).
- Reducción de los niveles de 5-HT en líquido cefalorraquídeo.
- Reducción de la ligazón de la paroxetina a las plaquetas.

#### Sistema GABAérgico

- Reducción de los receptores GABA-benzodiazepínicos periféricos.
- Aumento de los receptores GABA-BZs después del tratamiento.

### Relación fisiopatológica

La depresión y la ansiedad parecen estar controladas por un balance entre los niveles de serotonina y norepinefrina. Probablemente exista una ligazón entre el interjuego y la homeostasis de los sistemas serotoninérgicos y noradrenérgicos, entre los cuales hay interacciones recíprocas. Es por ello que los denominados antidepresivos duales parecen ejercer una acción terapéutica más completa sobre el TAG que los selectivos, como veremos más adelante.



## Farmacoterapia

Las opciones farmacoterapéuticas, actualmente disponibles, incluyen a las benzodiacepinas, a los antidepresivos y en menor grado a las azapironas.

Los fármacos más utilizados para el tratamiento de la ansiedad, las benzodiacepinas, los tricíclicos, los IMAOs, los ISRSs y últimamente los inhibidores duales o IRSNs (Inhibidores de la Recaptación de Serotonina y Noradrenalina), tienen mecanismos de acción distintos.

La decisión de iniciar un tratamiento farmacológico puede depender de las características del paciente, de su historia de tratamientos anteriores, de la comorbilidad y del grado de distrés que está experimentando.

### *Benzodiacepinas*

Durante varias décadas las benzodiacepinas han sido los medicamentos más usados para el tratamiento farmacológico del TAG. La utilidad de las benzodiacepinas como ansiolíticos ha sido demostrada en numerosos estudios (Shader y Greenblatt, 1993).

Las benzodiacepinas se encuentran relativamente contraindicadas en pacientes con historia de depresión o abuso de sustancias, o con condiciones médicas en las cuales la sedación debe ser evitada, por ejemplo, apnea de sueño o enfermedad pulmonar severa. La elección de la benzodiacepina a utilizar se basa frecuentemente en su vida media y potencia, dado que no hay evidencias concluyentes que sugieran que los miembros de esta clase de drogas difieran en la calidad de su eficacia ansiolítica (Shader y Greenblatt, 1993).

Las benzodiacepinas de baja potencia, como el diazepam, y las de alta potencia como el alprazolam, han demostrado su efectividad en estudios controlados con pacientes con TAG (Chouinard, Annable, Fontaine, 1982; Rickels y col., 1982).

Los agentes de vida media corta como el alprazolam, el oxazepam y el lorazepam no tienen metabolitos activos y es menos probable que se acumulen a lo largo del tiempo. Sin embargo, comparados con los agentes de vida media prolongada, como el clonazepam o el diazepam, requieren de dosis más frecuentes para obtener un efecto sostenido y pueden generar, si el tratamiento es interrumpido abruptamente, el fenómeno del rebote de ansiedad interdosas y síndromes más severos de discontinuación o abstinencia.

Dado que el TAG es un trastorno crónico, el uso a largo plazo de las benzodiacepinas se encuentra indicado, aunque la óptima duración del tratamiento en los respondedores no ha sido establecida (Rickels y Schweizer, 1990).

Estudios de seguimiento sugieren que los pacientes que responden a las benzodiacepinas recaen cuando las mismas son discontinuadas.

En un estudio de seguimiento, luego de 6 meses de administrar diazepam (Rickels, Case y Fridman, 1986), encontraron que el 63% de los pacientes experimentó una

recaída de su ansiedad luego de transcurrido 1 año de la discontinuación del fármaco. De manera similar, 56% de los pacientes tratados por 6 meses con cloracepato tuvieron una recaída en el seguimiento (Rickels, 1990).

Estos datos sugieren que muchos pacientes pueden necesitar de una terapia farmacológica a largo plazo o continua para mantenerse libres de síntomas. Las dosis deben ser suficientes para causar un alivio significativo de los síntomas y, una vez que se ha obtenido una mejoría sostenida en el mediano plazo, se puede intentar una discontinuación gradual. Sin embargo, los pacientes que recaen luego de la discontinuación o los que no pueden tolerar este proceso de discontinuación deben recibir medicación por largos períodos, frecuentemente indefinidos, antes de intentar otra discontinuación. Los intentos repetidos de discontinuar un tratamiento que es efectivo y bien tolerado, pueden ser contraproducentes y estresantes para los pacientes. Se ha demostrado que muchos pacientes ansiosos se benefician claramente con las terapias farmacológicas a largo plazo (Smoller y Pollack, 1996).

### *Betabloqueantes*

Los betabloqueantes, como el atenolol o el propanolol, pueden ser una terapia adjunta útil para minimizar ciertos síntomas somáticos de la ansiedad, como las palpitaciones y el temblor, pero no son útiles como agentes de primera línea, debido a que habitualmente no reducen la experiencia subjetiva de la ansiedad como lo hacen los fármacos anteriormente mencionados y los antidepresivos.

### *Antidepresivos*

Hasta hace 20 años, los tricíclicos y los IMAOs constituyeron los agentes más utilizados para el tratamiento de la depresión. Sus propiedades antidepresivas fueron atribuidas a su habilidad para modular tanto al sistema noradrenérgico como al serotoninérgico. Los tricíclicos han demostrado aportar beneficios terapéuticos en los trastornos depresivos, en el TAG, en el Trastorno de Pánico (TP), en el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), en el Trastorno de Ansiedad Social (TAS) y el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT). Es interesante destacar que los tricíclicos, como la imipramina y la amitriptilina, tienen efectos sobre la recaptación de noradrenalina y serotonina similares a los nuevos agentes duales y han demostrado por años, su eficacia en el tratamiento de los trastornos de ansiedad. Sin embargo, los tricíclicos están asociados con una elevada incidencia de efectos adversos, sobre todo anticolinérgicos, principalmente sobre los aparatos digestivo y cardiovascular, que limitan su aceptabilidad por parte del paciente. Un estudio comparativo doble ciego con imipramina y alprazolam para tratar el TAG demostró que ambas medicaciones reducen la ansiedad, pero la imipramina fue superior para tratar la depresión comórbida, la sensibilidad interpersonal, los síntomas somáticos y la hipervigilancia (Hoehn-Saric y col. 1988). Hoehn-Saric,

McLeod y Zimmerli (1988), compararon el alprazolam, en una dosis promedio de 2,2 mg con la imipramina, en una dosis promedio de 90 mg, en 60 pacientes con TAG. El alprazolam fue más rápidamente efectivo, pero después de la segunda semana de tratamiento, los dos fármacos produjeron niveles similares de mejoría.

Es interesante destacar que ambas medicaciones parecen dirigirse a diferentes síntomas el alprazolam tuvo un mayor efecto sobre los síntomas somáticos y la imipramina, según estos autores, afectó predominantemente los síntomas psicológicos, como la hipersensibilidad interpersonal, la anticipación negativa, la disforia y las rumiaciones.

Un estudio controlado con placebo en 230 pacientes comparó el trazodone a una dosis promedio de 255mg con imipramina y diacepam, la tasa de respuesta fue del 69% con trazodone, 73% con imipramina y 66% con diacepam (Rickels y col., 1993). Debido a que los pacientes con TAG, como los panicosos, pueden ser sensibles a los efectos adversos somáticos, los tricíclicos deben iniciarse a dosis bajas e irse aumentando gradualmente hasta llegar a las dosis terapéuticas que frecuentemente se encuentran en el rango utilizado para tratar la depresión.

El advenimiento de los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRSs) significó un gran avance en lo que hace a perfiles de seguridad y tolerabilidad, al ser eficaces tanto para los trastornos depresivos como ansiosos. Se ha comprobado que son más efectivos en los trastornos de ansiedad que los agentes que inhiben exclusivamente la recaptación de noradrenalina.

Numerosos estudios controlados con placebo han demostrado la eficacia de los ISRSs en diferentes trastornos de ansiedad como el TP, con o sin agorafobia, el TAS y el TOC, y se está estudiando actualmente su eficacia en el TAG. Los ISRSs pueden también ser fármacos de primera elección en el tratamiento de la ansiedad, dada la frecuente comorbilidad con depresión (Brawman-Mintzer y col., 1993).

### *Venlafaxina*

La venlafaxina pertenece a una nueva generación de antidepresivos denominados duales o inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN), dado que actúan sobre ambos tipos de receptores. Datos experimentales indican que la venlafaxina incrementa la concentración sináptica de la noradrenalina de una manera dosis dependiente. Estudios clínicos en humanos sugieren que la acción dual de este IRSN ocurre a una dosis de 75 mg, con un incremento gradual de la acción noradrenérgica respecto a la serotoninérgica, a medida que la dosis se va incrementando. Por consiguiente, este fármaco de recaptación dual tiene una curva dosis-respuesta muy definida, para la cual es recomendable utilizar dosis más altas.

Numerosas investigaciones, tanto en el corto como en el mediano plazo, se han llevado a cabo para determinar la eficacia y seguridad de la venlafaxina de liberación prolongada, venlafaxina XR, en los pacientes con TAG.

De las dos presentaciones, la venlafaxina XR es mejor tolerada, los efectos adversos más frecuentes son, náuseas, boca seca, cefaleas y somnolencia. La tolerancia a estos efectos adversos se desarrolla dentro de las 3 a 4 primeras semanas del tratamiento.

La venlafaxina presenta una tolerancia y facilidad de uso similar a los ISRSs. Estudios recientes con venlafaxina XR indican que no solamente brinda una respuesta más rápida para el tratamiento, una mejor tasa de remisión y una respuesta considerable en el largo plazo, sino que también es efectiva en el amplio espectro de los síntomas ansioso-depresivos.

Recientemente la FDA ha aprobado el uso de la venlafaxina XR para el tratamiento del TAG.

### *Estrategias de Tratamiento*

En teoría, los pacientes que no responden a alguno de los agentes mencionados anteriormente, pueden recibir ensayos secuenciales de los mismos, pero en la práctica, sin embargo, es común que los pacientes que no responden o lo hacen parcialmente, reciban una benzodiacepina agregada al régimen antidepresivo.

En aquellos pacientes que no responden bien a la farmacoterapia como único abordaje terapéutico, debe considerarse la asociación de terapias no farmacológicas o psicosociales.

Más de la mitad de los pacientes con TAG tratados con terapias de primera elección, sean benzodiacepinas, antidepresivos, o TCC, pueden experimentar una mejoría sustancial.

La elección de un fármaco para el tratamiento inicial dependerá principalmente del nivel de estrés del paciente y de la necesidad de obtener una rápida ansiólisis. Para esto son útiles las benzodiacepinas, mientras que, para la depresión comórbida o abuso de sustancias, lo son los antidepresivos.

### *Tratamientos Psicosociales*

Los individuos con TAG presentan una tendencia a malinterpretar los eventos negativos habituales, que son parte de la vida humana; por ejemplo, sufrir un accidente ocasional o la muerte de un pariente, tomando a los mismos como una evidencia de que sus preocupaciones se encuentran justificadas, porque el mundo está lleno de peligros. Este punto del vista contribuye a producirles un estado de hipervigilancia o hiperalerta, que aumenta la creencia de que sus preocupaciones son preventivas y no solo adaptativas.

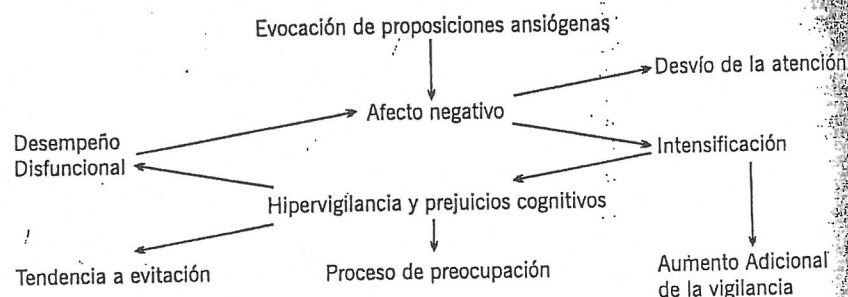
Según Borkovec (1985), en los casos más severos de TAG, los enfermos desarrollan esquemas cognitivos supersticiosos sobre su posibilidad de prevenir futuros

hechos negativos mediante sus preocupaciones. Tienden a pasar de una preocupación o pensamiento a otro muy rápidamente, sin darse la oportunidad de probar la veracidad de sus aciertos. Viven tan preocupados por estos temas, que no pueden focalizar su atención en encontrar soluciones a los mismos, o son incapaces de llevar a cabo posibles soluciones a sus problemas reales (Craske y col. 1993). Mientras las personas con TAG intentan dejar de preocuparse, paradójicamente, esta estrategia suele tener el efecto contrario, dado que al intentar no pensar acerca de algo, tienden a reforzar estos pensamientos.

Los componentes del TAG que contribuyen al ciclo de preocupaciones incluyen:

- Hiperalerta emocional y prejuicios en el proceso de procesamiento de la información ante estímulos amenazantes.
- Creencias de que las preocupaciones pueden prevenir futuros eventos negativos.
- Incapacidad de resolver los problemas.
- Intentos de distraer la imaginación negativa o resistirla, sin encontrar soluciones alternativas.

### El Proceso de Aprensión Ansiosa en el TAG



Una variedad de técnicas psicoterapéuticas han sido usadas, a lo largo de los años, para el tratamiento de esta enfermedad, entre las cuales se destacan positivamente las terapias cognitivo-comportamentales (TCC) e interpersonales (Schweizer y Rickels, 1997).

La TCC, en ensayos a corto plazo, de 10 a 12 sesiones, incluyendo métodos psicoeducativos y reestructuración cognitiva, produjo resultados sostenidos en pacientes con TAG mejores a los obtenidos con psicoterapias no directivas (Borkovec y Costello, 1993). En el mismo estudio, las técnicas de relajación aplicada también demostraron ser útiles.

En otro estudio (Chambless y Gillis, 1993), la TCC fue superior a la terapia de apoyo para tratar al TAG. De la misma manera que, en otras patologías, como

el pánico, los resultados más favorables, en relación al TAG, se han obtenido con tratamientos combinados e integrados entre TCC y farmacoterapia.

Se ha estimado, también, que la comorbilidad es la regla y está presente en la mayoría de los casos. Algunos autores como Wittchen, Zhao, Kessler y Eaton (1994) detectaron que el TAG puro, sin otros diagnósticos psiquiátricos de por vida, se da en menos del 10% de los afectados.

Dentro de los tratamientos psicosociales se pueden incluir una variedad de técnicas potencialmente efectivas para los pacientes con TAG, que incluyen la distracción y el ocio, la actividad física, la meditación y los programas de manejo del estrés. Estudios controlados han demostrado que la TCC es más efectiva que la administración de placebo o permanecer en listas de espera (Chambless y Gillis, 1993).

Por otro lado, un estudio demostró que la TCC, incluyendo un programa con técnicas de relajación y técnicas comportamentales, fue superior a las terapias no específicas y no directivas (Borkovec y Costello, 1993). Los últimos estudios mencionados han destacado que, en los pacientes que responden a dichos tratamientos, las mejorías pueden mantenerse en un seguimiento posterior, a los 6 y 12 meses.

### Terapia Cognitiva-Comportamental (TCC)

Existen tres estrategias básicas para la TCC del TAG:

- 1- Reestructuración cognitiva de los pensamientos ansiogénicos.
- 2- Entrenamiento en técnicas de relajación.
- 3- Tareas de exposición ante las preocupaciones.

Cada una de las mismas intenta abordar diferentes elementos del ciclo de preocupaciones que gatillan y mantienen el TAG.

Una de las claves del tratamiento es la reestructuración cognitiva de los pensamientos ansiogénicos, y se compone de los siguientes elementos:

- Educación acerca del rol de las cogniciones que aumentan la ansiedad.
- Entrenamiento en relajación.
- Verificación lógica de los pensamientos.
- Estimación de posibilidades.
- Uso de tareas comportamentales y monitoreos para desafiar la veracidad de las creencias relacionadas a la ansiedad.

Según Robert Gould y Michael Otto (1995), un tercio de los pacientes con TAG, de los que asisten, no comprenden la relación entre los procesos cognitivos y emocionales, ni que sus estados ansiosos frecuentemente son gatillados por las cogniciones y que esta relación es recíproca. Por ejemplo, el darse cuenta que lo que ellos sienten puede afectar a lo que ellos piensan.



La psicoeducación acerca de estos procesos es el primer paso para el tratamiento. La clave de la reestructuración cognitiva consiste en enseñar a los pacientes un método sistemático para examinar la veracidad de sus pensamientos y estimar la posibilidad de que los eventos negativos ocurran realmente.

Se los induce a escribir sus pensamientos ansiógenos para luego objetivarlos y descubrir las distorsiones cognitivas, como, por ejemplo, catastrofizar, hacer lectura del pensamiento o pensar en términos de todo o nada. Luego, se examinan las evidencias que pueden apoyar o refutar estos pensamientos ansiógenos. Se implementan también técnicas de estimación de posibilidades, las que permiten a los pacientes medir la posibilidad real de que los eventos ocurran, dado que tienden a subestimar su habilidad para afrontar las situaciones y sobrestimar la posibilidad real de que sus preocupaciones y las posibles consecuencias de éstas ocurran. Se les enseña a generar explicaciones alternativas y respuestas racionales que desafíen sus pensamientos ansiógenos distorsionados. Por ejemplo, plantearse lógicamente: "Es seguro que mi mujer no me llamó porque no tuvo tiempo"; en vez de: "Mi mujer no me llamó porque habrá tenido un accidente". Finalmente, se les enseñan técnicas de resolución de problemas y a ser proactivos en generar e implementar soluciones a los mismos.

La segunda estrategia es la de entrenamiento en relajación, la cual permite reducir el hiperalerta autonómico, con recursos como la relajación muscular y procedimientos de biofeedback (Barlow y col., 1984).

Dado que muchos pacientes con TAG intentan bloquear mentalmente sus imágenes negativas o catastróficas y distraerse de las mismas, nunca se permite que la ansiedad asociada con dichas imágenes sufra un proceso de habituación y se vaya extinguiendo. Se ha desarrollado una técnica llamada exposición a las preocupaciones, la cual está específicamente destinada a contraatacar este problema. Consiste en lograr que el paciente se focalice en imágenes catastróficas o atemorizantes, por ejemplo, "Me van a echar del trabajo, terminaré en la calle", por períodos discretos de tiempo, de entre 25 y 50 minutos. Se debe instruir a los pacientes para que generen imágenes lo más vivas y ansiógenas posibles. Debido a su habitual tendencia hacia la distracción y evitación de las mismas, al principio los enfermos de TAG tienen dificultad en permanecer focalizados en las imágenes. Por lo tanto, es útil completar las exposiciones en una sesión inicial y luego asignarlas como tarea para el hogar.

Puede ser beneficioso, para los pacientes, escribir cuántas unidades subjetivas de estrés sienten, otorgando un puntaje para su ansiedad en intervalos de 5 minutos. Esto sirve para evaluar el crecimiento y decrecimiento de la ansiedad, teniendo en cuenta una escala de 0 a 10, donde 10 significa ansiedad extrema y 0 ausencia de ansiedad.

La biblioterapia y otras técnicas autodirigidas son recursos útiles, complementarios al tratamiento. Estos materiales pueden ser utilizados con pacientes motivados, sin ayuda profesional. Esto tiene como ventaja una disminución considerable en los costos del tratamiento, una mayor diseminación de las técnicas y una disminución de la estigmatización que sufren los pacientes. Con esta línea de pensamiento Askey y col. (1993) han desarrollado formas específicas de terapia cognitiva-comportamental con ejercicios para el hogar muy detallados.

### *Resultados de la TCC*

Los resultados de la TCC han demostrado que, como técnica, es superior a los controles con listas de espera (Barlow y col., 1984; Butler, Fennell, Robson y Gelder, 1991; Barlow, Rapee y Brown, 1992). De hecho, investigaciones que han comparado las técnicas de la TCC con la medicación han encontrado que la TCC es equivalente o superior a la medicación.

Durham y Allan (1993) encontraron que el 57 % de los pacientes que recibieron TCC volvía a sus condiciones de funcionamiento normal, comparado a un 22% que utilizó solamente técnicas de relajación. También comprobaron que estos tratamientos lograban un 50% de reducción de los síntomas somáticos severos y un 25% de disminución en las medidas de rasgos ansiosos. Estos cambios se mantuvieron en un seguimiento de 6 meses.

Según Butler y col. (1991), las técnicas que incluyen la reestructuración cognitiva proveen una recuperación más estable en el largo plazo, con un aumento de continuidad en el tratamiento; respecto de la implementación solamente de las técnicas de relajación.

Barlow y col (1992) y Durham y Allan (1993) encontraron una reducción promedio del 54% en los puntajes del HAM-A (escala de Hamilton para Ansiedad) al finalizar el tratamiento, y 50 % de reducción en las evaluaciones de seguimiento a largo plazo, en la cual, la tendencia a preocuparse se redujo en un 25%. Los resultados obtenidos por el tratamiento con TCC, comparados a los obtenidos con benzodiacepinas son similares en porcentajes, aunque los fármacos mencionados tienen una serie de contras, como los efectos adversos, la posibilidad de generar tolerancia o dependencia y las recaídas, luego de la discontinuación (Shader y Greenblatt 1993). Dubovsky (1990) detectó recaídas en un 63% y 85 % entre los individuos que discontinúan el tratamiento con benzodiacepinas.

Varios autores han informado que la depresión en comorbilidad con el TAG prevé resultados negativos en el tratamiento y se correlaciona con una mayor cronicidad o severidad de los síntomas de ansiedad (Butler y col., 1987). Este hallazgo es particularmente preocupante, dado que un tercio o la mitad de los pacientes con TAG sufren de depresión mayor o distimia en comorbilidad.

Para los pacientes con TAG que reciben TCC, la depresión comórbida puede ser particularmente problemática, por el número y variedad de tareas que se asignan para el hogar, para las cuales la motivación del paciente depresivo suele ser nula o bastante menor.

La técnica de prevención de recaídas es muy útil a largo plazo, dado que incluye instrucciones acerca de la naturaleza del Trastorno de Ansiedad, y enseña a los pacientes nuevas respuestas para enfrentarla, con técnicas de exposición o reestructuración cognitiva. Los enfermos son instruidos con esta nueva información para ser aplicadas en la vida cotidiana, insistiéndoles en la continuación del aprendizaje, luego de haber completado su instrucción formal.

Estos programas ponen el acento, precisamente, en el hecho de que el paciente continúe practicando diferentes técnicas en el manejo de los síntomas somáticos y reestructuraciones cognitivas, así como técnicas de exposición en el largo plazo sobre todo cuando deba afrontar eventos de alto riesgo o de estrés que propician el retorno de los síntomas.

Estos procedimientos han demostrado ser muy útiles y mejoran considerablemente los índices de recuperación en el largo plazo (Ost, 1987).

## Bibliografía

- American Psychiatric Association (1980) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3<sup>o</sup> edic.) Washington D.C.: Author.
- American Psychiatric Association (1987) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3<sup>o</sup> edic. Revis.) Washington D.C.: Author.
- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4<sup>o</sup> edic.) Washington D.C.: Author.
- Anderson D.; Noyes R. y Crowe R. (1984) "A comparison of panic disorder and generalized anxiety disorder" *Am. Jour. of Psychiatry*. 141:572-575.
- Barlow D.; Cohen A.; Wadell M. y col. (1984) "Panic and generalized anxiety disorder: Nature and treatment". *Behavior Therapy* 15:431-449.
- Barlow, D.H.; Di Nardo, P.A.; Vermilyea, BB y col. (1986 b). "Comorbidity and depression among the anxiety disorders: issues in classification and diagnosis". *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174:63-72.
- Barlow D.H. (1988) *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Press.
- Barlow D; Rapee R y Brown T (1992) "Behavioral treatment of generalized anxiety disorder". *Behavior Therapy* 23:551-570.
- Blazer D; Hughes D. y George L. (1987) "Stressful life events and the onset of generalized anxiety syndrome" *Am. Journal of Psychiatry*, 144:1178-1183.
- Borkovec T.D. (1985) "Worry: A potentially valuable concept". *Behav Research and Therapy*, 23:481-482.
- Borkovec T.; Costello E. (1993) "Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder". *J Consult Clin Psychol* 61(4):611-619.
- Brawman-Mintzer O. y col. (1993) "Psychiatric comorbidity in patients with generalized anxiety disorder". *American Journal of Psychiatry*. 150:1216-1218.
- Breier, A.; Charney, D.S.; Heninger, G.R.. (1985). "The diagnostic validity of anxiety disorders and their relationship to depressive illness." *American Journal of Psychiatry*, 142: 787-97.
- Brown T.; Barlow D.; Liebowitz M. (1994) "The empirical basis of generalized anxiety disorder". *American Journal of Psychiatry*. 151:1272-1280.
- Burvill, P.W. (1990) "The epidemiology of psychological disorders in general medical settings, in artorius, N; Goldberg, D; De Girolamo, G y col. "Psychological Disorders in General Medical Settings". Toronto. Hogrefe and Huber, pp.9-20.
- Butler G.; Mathews A. (1987) "Anticipatory anxiety and risk perception" *Cognitive Therapy and Research* 11:551-565.
- Butler G.; Fennell M.; Robson P. y Gelder M. (1991) "Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *J. Consult and Clinical Psychology*, 61(2):248-260

- Chambless D.; Gillis M. (1993) "Cognitive therapy of anxiety disorders" J Consult Clin Psychol 61:248-260.
- Chouinard G.; Annable L.; Fontaine R. y col. (1982) "Alprazolam in the treatment of generalized anxiety and panic disorder: A double-blind placebo controlled study". Psychopharmacology. 77:229-233.
- Craske M.; Barlow D. y col. (1993) "Mastery of your anxiety and worry". Albany, NY: Graywind.
- Davidson J.R.; Dupont R.L.; y col. (1999) "Efficacy, safety and tolerability of venlafaxine, extended release and buspirone in outpatients with generalized anxiety disorders" J. Clin. Psychiatry 60:528-535.
- Dubovsky S.L. (1990) "Generalized anxiety disorder: New concepts and psychopharmacologic therapies". Journal of Clinical Psychiatry, 51:3-10.
- Durham R.C. y Allan T. (1993) "Psychological treatment of generalized anxiety disorder: A review of the clinical significance of results in outcome studies since 1980" Br. Journal of Psychiatry 163: 19-26.
- Garvey, M.J.; Cook, B.; Noyes R. (1988). "The occurrence of a prodrome of generalized anxiety in panic disorder". Comprehensive Psychiatry 29:445-49.
- Gould R.; Otto M. y col. (1995) "A meta analysis of treatment outcome for generalized anxiety disorder". Presentado en la 29ª Reunión Anual de la Association for Advancement of Behavior Therapy, Washington D.C.
- Hackett, D.; Parks, V.; Salinas, E.; (1999) "A 6 month evaluation of 3 dose levels of venlafaxine extended-release in non-depressed outpatients with generalized anxiety disorder" Presentado en la 19ª Conferencia Anual de la Anxiety Disorders Association of America. Marzo 25-28. San Diego, USA.
- Hamilton M (1959) "The assessment of anxiety states by rating" British Jour. of Med. Psychology 2:50-59.
- Haslkins J.T.; Rudolph R.; Aguiar L. y col. (1998) "Venlafaxine XR is an efficacious short and long-term treatment for generalized anxiety disorder". Presentado en la Reunión Anual del European College of Neuropsychopharmacology Octubre 31-Noviembre 4. Paris Francia.
- Haskins J.T.; Rudolph R.; Pally A. y col. (1998) "Double blind, placebo-controlled study of once daily venlafaxine XR in outpatients with generalized anxiety disorder". Presentado en el 11º Encuentro anual del Collegium International Neuro-Psychopharmacologicum. Julio 12-16. Glasgow, Escocia.
- Hoeft-Saric R.; McLeod D.; Zimmerli W. (1988) "Differential effects of alprazolam and imipramine in generalized anxiety disorder: somatic versus psychic symptoms" J Clin Psychiatry 49:293-301.
- Hollander E; Simeon D. y Gorman J. (1996) "Anxiety Disorders". En Hales RE, Yudovsky SC (Ed): Synopsis of Psychiatry. Washington DC, American Psychiatric Press.
- Kahn R.; McNair D. y Frankenthaler L. (1987) "Tricyclic treatment of generalized anxiety disorder". Journal of Affective Disorders. 13:145-151.
- Keller M. (2000) "Comunicación sobre resultados del Programa HARP" Presentado en el 22º Congreso del Colegio Internacional de Neuropsicofarmacología. Junio 2000 Publicado por Europa Press Comunicaciones.
- Kendler K.; Neale M.; Kessler R. y col. (1992) "Major depression and generalized anxiety disorder: Same genes, (partly) different environments?". Archives of General Psychiatry 49:716-722.
- Nisita C.; Petraccia A.; Akiskal H.; Galli L.; Geponi I. y Cassano G. (1990) "Delimitation of generalized anxiety disorder: Clinical comparisons with panic and major depressive disorders" Comprehensive Psychiatry, 31:409-415.
- Noyes R.; Clarkson C.; Crowe R.; Yates W. y McChesney C. (1987). "A family study of generalized anxiety disorder". American Journal of Psychiatry, 144:1019-1024.
- Ost L. (1987) "Age of onset in different phobias". Journal of Abnormal Psychology 96:223-229
- Pollack M.; Otto M.; Rosenbaum J. (1996) "Challenges in clinical practice: Pharmacologic and Psychosocial Strategies". The Guilford Press New York-London.
- Preskorn, S.H.; Fast, G.A. (1993) "Beyond signs and symptoms: the case against a mixed anxiety and depression category" J Clin Psychiatry 54 (suplem. 1) 24s-32s.
- Rapee, R.M.; Sanderson, W.C.; Barlow, D.H. (1988). "Social phobia features across the the DSM-III-R anxiety disorders". Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment, 10:287-99.
- Rapee R.M. (1991) "Generalized anxiety disorder: A review of clinical features and theoretical concepts" Clin. Psychology Review. 11:419-440.
- Regier, D.; Narrow, W.; Rae, D. (1990) "The epidemiology of anxiety disorders: the epidemiologic catchment area (ECA) experience". Journal of Psychiatric Research, 24,3-14.
- Rickels K.; Weisman K. y col. (1982) "Buspirone and diazepam in anxiety: A controlled study" J Clin Psychiatry 43 (12 Sec.2)81-86.
- Rickels K.; Case W. y Fridman R. (1986) "One year follow-up of anxious patients treated with diazepam" Journal Clin. Psychopharmacology, 6:32-36.
- Rickels K. y Schweizer, E. (1990) "The clinical course and long term management of generalized anxiety disorder" Jour. of Clinical Psychopharmacology 10 (sup) 101S-110S.
- Rickels K. y Schweizer, E. (1993) "The treatment of generalized anxiety disorder in patient with depressive symptomatology". Jour. of Clin. Psychiatry 54 (1supl.) 20-23
- Rickels K.; Downing R.; y col. (1993) "Antidepressants for the treatment of generalized anxiety disorder". Arch. Gen. Psychiatry 50:884-895.
- Riskind, J.H.; Moore, R.; Harman, B. y col. (1991). "The relation of generalized anxiety disorder to depression in general and dysthymic disorder in particular". En Rapee RM; Barlow, DH; "Chronic Anxiety. Generalized Anxiety Disorder and Mixed Anxiety-Depression". New York: Guildford, pp.153-71.
- Robinson D.; Roberts D.; Smith J. (1996) "The safety profile of nefazodone" J Clin Psychiatry 57 (supl.2):31-38.



- Rosenbaum J. y Pollack M. (1991) "Anxiety". En NH Cassem (Ed), Massachusetts General Hospital handbook of general hospital psychiatry (p.158-190) St. Louis, MO: CV Mosby.
- Roth, M.; Argyle, N. (1988). "Anxiety, panic and phobic disorders: an overview". Journal of Psychiatry Research 22 (1 Supl), 33-54.
- Sanderson, W.C.; Barlow, D.H. (1990). "A description of patients diagnosed with DSM - III -R GAD". Journal of Nervous and Mental Disease. 178:588-91.

## Capítulo 5

## Fobia Social o Trastorno de Ansiedad Social

## Introducción

La distinción y descripción de la Fobia Social como una forma diferenciada de otros Trastornos de Ansiedad fue propuesta por primera vez por Marks y Gelder (1966), quienes describieron el temor relacionado a una serie de situaciones de desempeño social como el hablar, escribir, temblar o comer ante la presencia de otras personas, siendo la característica central, el temor a mostrarse ridículo ante los demás. Marks (1970), subdividió los trastornos fóbicos en Agorafobia, Fobias Específicas, Fobia Animal y Fobia Social, caracterizando a esta última por un temor exagerado y persistente a sentirse expuesto a la opinión de los demás y a actuar o desempeñarse de una manera que resulte humillante o embarazosa.

No obstante ello, la Fobia Social no fue incluida como categoría diagnóstica hasta la aparición, en 1980, de la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III), de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA).

Para entonces, solo se consideraba el diagnóstico de Fobia Social si la persona manifestaba ansiedad y/o evitación frente a una o dos situaciones sociales de desempeño, es decir, si el cuadro se presentaba en forma no generalizada. Con la aparición del DSM-III-R (1987) se ampliaron los criterios diagnósticos de esta enfermedad, determinando que podía llevarse a cabo el diagnóstico de Fobia

## Tratamientos psicológicos eficaces para la ansiedad generalizada

Antonio Capafons  
Universidad de Valencia

Se revisan las formas de intervención sobre el trastorno de ansiedad generalizada más investigadas. Varios estudios muestran una importante convergencia en señalar que las terapias cognitivo-comportamentales alcanzan los resultados más satisfactorios, especialmente reduciendo abandonos y manteniendo los efectos a medio plazo. Las terapias de conducta son también útiles, pero en menor grado, aunque superiores a los tratamientos farmacológicos, cuyos efectos beneficiosos lo son sólo a corto plazo y acompañados de efectos secundarios. No parece que una combinación entre los distintos tratamientos mejore significativamente los efectos de las terapias cognitivo-comportamentales. Por lo tanto, la evidencia disponible indica que éstas son las terapias de elección para este trastorno.

*Efficacious psychological treatments for generalized anxiety disorder.* The effects of the most researched treatments for the generalized anxiety disorder are reviewed. Several studies show convergent conclusions: Cognitive-behavioral treatments appear to be the most effective ones, if attrition and medium term effects are considered. Behavioral interventions are, also, effective but in a lesser degree. Both kind of interventions seem to be more effective than pharmacological treatments, as the last ones only show effects at the short term and they are not free from side effects. Combination of the different types of therapies does not appear to improve the effects of cognitive-behavioral interventions for generalized anxiety disorder.

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se encuadra dentro de los trastornos de ansiedad del Eje I de la DSM IV (1994). Sus características diagnósticas han variado mucho en los últimos 20 años. En un principio, se consideraba al TAG como parte de otros trastornos de ansiedad y depresivos (Barlow, Esler, & Vitali, 1998). Actualmente, ha alcanzado una entidad propia con las siguientes características diagnósticas (DSM IV):

1. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de temas durante más de 6 meses (criterio A).
2. Dificultad para controlar esa preocupación (criterio B).
3. Junto a lo anterior aparecen, al menos, tres de los siguientes síntomas: inquietud, fatiga precoz, dificultades para la concentración, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño (criterio C).
4. Las situaciones que generan ansiedad no son sólo las que la provocan en el resto de los trastornos del Eje I (criterio D).
5. Que el individuo manifieste una dificultad importante a la hora de controlar las preocupaciones que le provocan, además, malestar subjetivo, deterioro social, laboral, etc. (criterio E).
6. Finalmente, que la ansiedad no se deba a los efectos directos de una sustancia o a una enfermedad médica en general, o que no aparezca exclusivamente en el transcurso de un trastorno del es-

tado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo (criterio F).

Los síntomas con los que, además, puede cursar el TAG son: temblores, sacudidas, inquietud motora y dolores o entumecimientos musculares; síntomas somáticos como manos frías y pegajosas, boca seca, sudoración, náuseas, diarreas, polaquiuria, problemas para tragar o sensación de que se tiene algo en la garganta, respuestas de sobresalto exageradas y síntomas depresivos.

Parece que los pacientes con TAG presentan una disminución de la sensibilidad autonómica y un retraso en la recuperación al ser expuestos a estresores de laboratorio (Cowley & Roy-Byrne, 1991).

El TAG suele cursar con trastornos del estado de ánimo, otros trastornos de ansiedad (el 60% tienen, al menos, otro trastorno del Eje I [Brawman-Mintzer et al., 1993]), trastornos relacionados con sustancias, y trastornos asociados generalmente al estrés (síndrome de colon irritable o dolores de cabeza).

Precisamente por esta amplísima variedad de síntomas, las clasificaciones del trastorno han sido variadas, y los clientes o participantes en las distintas investigaciones sobre la eficacia de los tratamientos no siempre han sido homogéneos. Ello ha dificultado la replicación de resultados, incluso la creación de tratamientos específicos para el TAG, hasta hace poco más de una década.

El TAG suele comenzar en la adolescencia o principio de la vida adulta (Roy-Byrne & Cowley, 1998). La prevalencia global del TAG es del 5% y la de un año del 3%. Se estima que un 12% de los pacientes de los centros médicos presenta TAG (DSM IV (American Psychiatric Association (1994)). Otras estimaciones con los criterios de la DSM III-R (American Psychiatric Association, 1987) dan cifras de 2.4% y 11.5% para el TAG de 1 y 6 meses, respectivamente, y tasas entre el 6.4% y 2.3% para 12 meses,



afectando de por vida a la población entre 15 y 54 años en un 5.1% (Roth & Fonagy, 1996). Otros autores indican que el 90% de los pacientes con TAG lo mantienen toda la vida (Brawman-Mintzer et al., 1993). Estudios con gemelos femeninos indican un 30% se debe a la herencia biológica (Kendler, Neale, Kessler, Heath, & Eaves, 1992). Las mujeres son, además, diagnosticadas de TAG el doble que los hombres (Roy-Byrne & Cowley, 1998).

En general, la importancia social de este trastorno es elevada, ya que algunas investigaciones muestran que alrededor del 33-40% de la población puede necesitar tratamiento debido a sus problemas de ansiedad (Barlow, 1988), tal como indica un trabajo de Fifer et al. (1994), en el que apareció que un 33% de los pacientes evaluados (6.000) de las consultas médicas de organizaciones importantes en EE.UU. mostraron fuertes síntomas de ansiedad o de trastornos de ansiedad.

#### Tratamientos farmacológicos

Desde el punto de vista farmacológico, el TAG se ha tratado tradicionalmente con barbitúricos y metacualona. Desde los años 60-70 se usaron benzodiazepinas y desde los 80 la buspirona y antidepresivos (Roy-Byrne & Cowley, 1998). La investigación sobre el efecto de los tratamientos farmacológicos ha estado marcada, como la investigación sobre los tratamientos psicológicos, por la evolución de los criterios de las distintas DSM. Así, los resultados con los diagnósticos previos a las DSM III-R indican que las benzodiazepinas presentan efectos muy dispares. Algunas revisiones (Solomon & Hart, 1978) muestran que no son superiores a placebo. Otras (Barlow) indican que el placebo provocó entre un 18 y un 48% de reducción en la Escala de Ansiedad de Hamilton, contra un 22-62% del tratamiento con benzodiazepinas, si bien el placebo generó más abandono. Ya con criterios de la DSM III-R, los resultados muestran que, tras una o dos semanas de intervención con las benzodiazepinas, los efectos de éstas se igualaban a las del placebo, aunque parece que la droga real funcionaba mejor para los pacientes más severos.

Otras revisiones de estudios, cuyos participantes fueron diagnosticados con los criterios diagnósticos citados más arriba, muestran resultados diferentes. Las variables dependientes suelen ser la Escala de Ansiedad de Hamilton y el Clinical Global Impression (Roy-Byrne & Cowley, 1998). Los resultados indican que los tratamientos agudos (4-6 semanas) generan mejorías de los síntomas de ansiedad, entre moderadas y elevadas para dos tercios de los participantes (en general con diseños de doble ciego), dándose las mejorías más evidentes durante las dos primeras semanas. Con dosis de entre 10 y 25 miligramos de diazepam se encuentran reducciones muy satisfactorias para los síntomas somáticos de la ansiedad. Los pacientes con síntomas depresivos funcionan peor, excepto con alprazolam.

Sin embargo, a pesar de estas ventajas, los efectos secundarios (sedación, torpeza psicomotora y amnesia anterógrada), así como el incremento de la tolerancia a la medicación y el síndrome de abstinencia (al parecer menor en los pacientes con TAG que con trastorno de pánico [crisis de angustia]), disminuyen la eficiencia de las intervenciones, algo importante para evaluar la posibilidad real de aplicación de un tratamiento (Capafons, 1993; Chambless & Hollon, 1998). Además, los efectos a largo plazo son inciertos: parece que las benzodiazepinas funcionan bien hasta los 6 meses, pero no se sabe si mejor que el placebo, excepto en las fases iniciales de la intervención (Roy-Byrne & Cowley, 1998).

Con las azaspirodecanodionas (concretamente, buspirona), los resultados son similares a los obtenidos con las benzodiazepinas (diazepam, lorazepam, clorazepato, oxazepam y alprazolam) para el tratamiento agudo del TAG. Con tratamientos de 2-6 semanas, se observan reducciones del 30-50% (Escala de Ansiedad de Hamilton). Otro tanto se ha obtenido con ipsapirona.

La buspirona tarda entre 2-4 semanas en actuar y afecta más a las características cognitivas que a los síntomas físicos. Carece de acción hipnótica y tiene un débil efecto sedante. Además, no genera tolerancia o síndrome de abstinencia, si bien presenta efectos secundarios como náuseas, cefaleas o vértigos. La dosis media terapéutica es de 20-45 mg/día. Dosis de 45-60 mg ayudan a pacientes con depresión comórbida. Pero los efectos a largo plazo son inciertos, funcionando aparentemente bien entre los tres y seis meses (Roy-Byrne & Cowley, 1998). Por otro lado, los pacientes con tratamiento crónico de benzodiazepinas no responden bien a la buspirona si se les cambia a ella.

También se ha investigado con antidepresivos tricíclicos y afines. Series de estudios de caso indican que la clomipramina es útil para el TAG. También se ha encontrado que la imipramina provoca resultados similares al alprazolam para reducir síntomas como obsesiones, disforia, pensamiento anticipador negativo y sensibilidad interpersonal, pero inferior a aquel para reducir síntomas autonómicos y cardiovasculares.

Finalmente, en un estudio de Rickels, Downing, Schweizer y Hassman (1993) se encontró que el diazepam fue mejor que otras sustancias durante las dos primeras semanas de intervención. Sin embargo, a las 8 semanas, los resultados fueron los siguientes: un 73% de pacientes mejoraron bastante-mucho con imipramina, un 69% con trazodona, un 66% con diazepam, y un 47% con placebo. Finalmente, los antidepresivos mejoraron más los síntomas cognitivos, pero también mostraron más efectos secundarios.

En último lugar, algunos betabloqueantes (propanolol) han mostrado ser más eficaces que el placebo, e igual de eficaces que la clordiazepóxido, provocando un efecto mayor en los síntomas psíquicos, y menores efectos secundarios (Meibach, Mullane, & Binstok, 1987). Sin embargo, no se cree que los betabloqueantes sean el tratamiento de elección para el TAG, salvo como adjunto para los síntomas autonómicos.

Otros fármacos como la hidroxizina, los antagonistas del receptor de colecistocinina, y los agonistas parciales del receptor de benzodiazepinas están siendo investigados.

En general, podemos decir que, según la clasificación de la Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, Division of Clinical Psychology de la American Psychological Association (1995) y de Chambless et al. (1996), la mayoría de los fármacos expuestos alcanzan el estatus de tratamientos bien establecidos, ya que suelen mostrarse superiores a un grupo placebo y con diseños que incluyen a más de 30 pacientes por grupo. No obstante, además de que no se conocen las dosis adecuadas para muchos de ellos ni la duración óptima de la intervención (Roy-Byrne & Cowley, 1998), otras consideraciones importantes para aceptar que un tratamiento está empíricamente sustentado (Chambless & Hollon, 1998), como los efectos a largo plazo (seguimiento) o los efectos secundarios, determinan que la farmacoterapia no sea el tratamiento único ni de elección para el TAG. Por otro lado, las medidas dependientes que se usan como criterio de cambio no siempre son precisas, ni se obtienen puntuaciones objetivas que indiquen si realmente hay cambio con significación clínica. Más aún, y como veremos más adelante, in-

cluso los tratamientos psicológicos pueden superar los efectos de los fármacos. Por lo tanto, la farmacoterapia puede ser un adjunto o ayuda para la intervención, pero no puede afirmarse que sea el tratamiento de elección para obtener efectos a largo plazo y libres de riesgos.

#### Tratamientos psicológicos

Desde el punto de vista psicológico la cuestión es bien diferente. De las revisiones realizadas por la Task Force mencionada y por Chambless et al. (1996) aparecen como ejemplos de tratamientos bien establecidos para el TAG los trabajos de Butler, Fenell, Robson y Gelder (1991) y de Borkovec et al. (1987) sobre eficacia de las terapias cognitivo-comportamentales (TCC) para tratar el TAG. El estudio de Butler et al. (1991) contrastó la eficacia de la terapia cognitivo-comportamental de Beck y Emery (1985) versus terapia de conducta (TC) y un grupo de control de lista de espera (CLE), para reducir el TAG, según la clasificación del DSM III-R, de 57 clientes con un promedio de tres años de TAG. El grupo de TC recibió un tratamiento que consistía en relajación muscular más exposición gradual y realización de tareas agradables para restituir la confianza del cliente. El grupo de TCC recibió, además de las estrategias de Beck y Emery (reconocimiento y análisis de pensamientos ansiogénicos y de falta de auto-confianza, búsqueda de alternativas útiles, y seguimiento de cursos de acción a partir de esas alternativas), asignaciones comportamentales. Las sesiones fueron hasta 12, con evaluaciones en el post tratamiento, a los 6 y 18 meses, realizadas por observadores independientes, y con criterios rigurosos de cambio en varias escalas de ansiedad, depresión y funcionamiento cognitivo. Los dos tratamientos fueron superiores al CLE en el post tratamiento y en los seguimientos, con ventaja adicional para la TCC.

En el estudio de Borkovec et al. (1987) se comparó a 30 clientes (TAG según DSM III-R) distribuidos en dos grupos: uno de ellos recibió terapia cognitiva (TCG) más relajación muscular progresiva (RMP), el otro terapia no directiva (TND) más RMP. Las evaluaciones realizadas en el post tratamiento, y en el seguimiento a los 6 y 12 meses indicaron que la TCG más RMP es superior a la TND plus RMP a la hora de reducir el TAG, según calificaciones de los terapeutas, de los cuestionarios de auto-calificación y la auto-observación diaria. Además el grupo de TC más RMP atribuyó su éxito más a la terapia que el otro grupo.

Otros dos estudios son mencionados como *probablemente* eficaces: el de Barlow, Rapee, y Brown (1992) y el de Borkovec y Costello (1993). En el primero se compararon cuatro grupos: RMP, reestructuración cognitiva (RC), combinación RMP y RC, y un grupo CLE. 65 pacientes diagnosticados con DSM III-R fueron asignados aleatoriamente a los grupos. Los tres tratamientos mostraron mayor eficacia que CLE, pero no hubo diferencias entre ellos, aunque el grupo en el que se combinaron los tratamientos mostró menor tasa de abandono (8% vs. 38% en el RMP).

En el segundo, se compararon un grupo TCC, otro de Relajación Aplicada (RA) y otro de TND, incluyendo a 55 clientes con TAG (criterios de DSM III-R). En el post tratamiento, ambas TCC y RA funcionaron mejor que TND e igual entre sí. Pero el seguimiento a los 12 meses indicó que el 58% de clientes del grupo de TCC seguían manteniendo las ganancias, contra sólo el 33.3% de los del grupo de RA y el 22% de TND. Más de la mitad del grupo de TND pidió ayuda adicional contra el 15.8% y el 16.7% de los grupos de TCC y AR.

Una investigación muy reciente realizada por Ladouceur, Dugas, Freeston, Léger, Gagnon y Thibodeau (2000), comparó un grupo de TCC sin relajación, en el que se trabajó, esencialmente, sobre el componente de preocupación que resalta especialmente los criterios de la DSM IV. Así, este tratamiento (descrito con mayor detalle en Dugas y Ladouceur, 1997) incluye: presentación de la lógica del tratamiento, entrenamiento en consciencia (*awareness*), corrección de creencias erróneas sobre la preocupación (*worry*), entrenamiento en orientación hacia el problema, exposición cognitiva y prevención de las recaídas. 26 pacientes recibieron esta intervención que mostró una superioridad importante sobre CLE en el post tratamiento. A los 6 y 12 meses se mantuvieron las ganancias terapéuticas, que fueron significativas tanto desde un plano estadístico como clínico. Sin embargo, los participantes que tomaban medicación, siguieron tomándola tras la intervención. Por lo tanto, esta intervención puede ser catalogada como en fase experimental, ya que el número de participantes no permite incluirlo en la categoría de probablemente eficaz.

Otras investigaciones han mostrado que las TCC presentan resultados superiores a la farmacoterapia (benzodiazepinas). Lindsay, Gamsu, McLaughlin, Hood y Espie (1987) compararon 40 pacientes con TAG que recibieron TCC, entrenamiento en el manejo de la ansiedad, lorazepam, entre sí y un grupo CLE. El lorazepam provocó un cambio rápido, que disminuyó a las cuatro semanas. El grupo de mayor beneficio fue el TCC. Otro estudio realizado por Power et al (1989) mostró también efectos superiores de la TCC y entrenamiento en relajación a los provocados por diazepam o pastilla placebo, en el post tratamiento y en el seguimiento a los 12 meses. Finalmente, un estudio de Power et al. (1990) comparó a 101 pacientes distribuidos aleatoriamente en un grupo de TCC, otro de diazepam, placebo, TCC más diazepam, o TCC y placebo. Los resultados, tras 10 semanas de intervención, mostraron que entre el 83%-86% de los grupos de TCC habían conseguido disminuir sus puntuaciones en la Escala de Ansiedad de Hamilton en dos o respecto del pre tratamiento, muy superior a lo obtenido en el grupo de diazepam (68%) y de placebo (37%). A los 6 meses los grupos de TCC mantenían las ganancias en un 70%, contra el 40% de diazepam y 21% de placebo.

Por lo tanto, la TCC se muestra superior al uso de las benzodiazepinas, mientras que éstas no parecen aportar beneficios considerables cuando se las usa junto a la TCC.

Finalmente, revisiones sobre la eficacia de la TC (basada en el uso de la relajación esencialmente) y de la TCC indican lo siguiente (Roth & Fonagy, 1999):

1. El único estudio metaanalítico realizado con TAG concluye que las TCC provocan un efecto muy amplio en el post tratamiento. Los datos sobre el seguimiento son más bien escasos y los grupos de control varían mucho de estudio a estudio (Chambless & Gillis, 1993).
2. La TCC aplicada por terapeutas con experiencia muestra evidencia importante de eficacia: entre dos tercios y tres cuartos de los clientes con TAG probablemente mantendrán sus mejoras terapéuticas a los seis meses de acabada la intervención.
3. Estos efectos a medio plazo son bastante superiores a los que se obtienen con terapia analítica, counseling no directivo y métodos comportamentales como RA o biorretroalimentación.
4. Las TCC parecen ser los tratamientos más aceptables en términos de adherencia a la intervención y de resultado en el seguimiento.
5. Y tal como hemos ya indicado previamente, las benzodiazepinas por sí solas parecen tener efecto sólo a corto plazo.

En esta misma dirección, Barlow, Esler y Vitadi (1998) concluyen que tras los avances en el diagnóstico del TAG y de las nuevas investigaciones realizadas en la década pasada, las terapias psicossociales más eficaces para reducir el TAG son las que combinan las TCC con relajación, y cuyo objetivo es colocar el proceso de «preocupación» bajo el control del cliente.

### Conclusiones

El TAG ha pasado de ser una categoría diagnóstica difusa y secundaria a ser un trastorno mucho más perfilado, con modelos explicativos más definidos e intervenciones creadas específicamente para reducirlo. En la última década, las TCC están mostrando empíricamente una eficacia considerable, siendo, en algunos casos, tratamientos bien establecidos. Considerando las tasas de abandono tan reducidas, los beneficios mantenidos y la nula iatrogenia que generan, son, en principio, los tratamientos de elección para el TAG (Labrador, Echeburúa & Becoña, 2000). Sea o no necesaria la relajación (aspecto este aún por determinar realmente), parece que ésta por sí sola no es suficiente, tal y como ocurre con las distintas formas de intervención farmacológica.

No obstante, todavía deben crearse intervenciones que favorezcan más los efectos a largo plazo, ya que el TAG es un trastorno muy debilitante y crónico. Quizá deba tenerse en cuenta la necesidad de que el tratamiento se prolongue de por vida, en el sentido de que el cliente deba acudir de tiempo en tiempo al psicólogo en

cuanto notase una posible recaída o incremento de la sintomatología (Capafons). En este sentido, el concepto de seguimiento debería adaptarse al de mantenimiento, y se deberían diseñar intervenciones de mantenimiento breves y que no supusieran un gran esfuerzo por parte del cliente. En este sentido, la sugestión hipnótica podría ser de gran ayuda, como lo está demostrando cuando se usa como adjunto a ciertas TCC (Schoenberger, 2000).

En otro orden de cosas, según los criterios establecidos por la American Psychological Association para los distintos niveles de eficacia, todavía queda mucha investigación a realizar, sobre todo en lo referido al incremento del número de participantes y a la eficacia de las intervenciones tal cual se aplican en la vida cotidiana (effectiveness). Si bien es cierto que no siempre tales criterios son aplicables a todo tipo de intervención (Lynn, Kirsch, Barabasz, Cardeña, & Patterson, 2000), hasta el momento han conseguido promover un interés importante en las psicoterapias por demostrar sus efectos.

### Agradecimientos

El autor agradece al Dr. Marino Pérez y al Dr. Juan Ignacio Capafons su deferencia a la hora de proporcionar material para la elaboración de este artículo. Asimismo agradece a Clara Pérez la revisión y comentarios sobre los aspectos farmacológicos mencionados y a Sonia Cabañas por su ayuda en la revisión y edición del manuscrito.

### Referencias

- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3<sup>th</sup> ed., rev.). Washington D.C.: Autor. (trad. castellana: Masson, 1988).
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>th</sup> ed.). Washington D.C.: Autor. (trad. castellana: Masson, 1995).
- Barlow, D.H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Nueva York: Guilford.
- Barlow, D.H., Esler, J.K.L., & Vitali, A.E. (1998). Psychological treatments for panic disorder, phobias and generalized anxiety disorder. En P.E. Nathan, & J.M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (pp.288-318). Nueva York: Oxford University Press.
- Barlow, D.H., Rapee, R.M., & Brown, T.A. (1992). Behavioral treatment of generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 23, 551-570.
- Beck, A.T., & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Nueva York: Basic Books.
- Borkovec, T.D., & Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 333-340.
- Borkovec, T.D., Mathews, A.M., Chambers, A., Ebrahimi, S., Lytle, R., & Nelson, R. (1987). The effects of relaxation-induced anxiety in the treatment of generalized anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 883-888.
- Brawman-Mintzer, O., Lydiard, R.B., Emmanuel, N., Payeur, R., Johnson, M., Roberts, J., Jarrell, M.P., & Ballenger, J.C. (1993). Psychiatric comorbidity in patients with generalized anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1216-1218.
- Butler, G., Fenell, M., Robson, P., & Gelder, M. (1991). Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 167-175.
- Capafons, A. (1993). Investigación empírica y terapia de auto-regulación. En A. Capafons, & S. Amigó (Eds.), *Hipnosis, terapia de auto-regulación e intervención comportamental* (pp. 117-149). Valencia: Promolibro.
- Chambless, D.L., & Gillis, M.M. (1993). Cognitive therapy of anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 248-260.
- Chambless, D.L., & Hollon, S.D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18.
- Chambless, D.L., Sanderson, W.C., Shoham, V., Johnson, S.B., Pope, K.S., Crits-Christoph, M.B., Johnson, B., Woody, S.R., Sue, S., Beuter, L., Williams, D.A., & McCurry, S. (1996). An update of empirically validated therapies. *The Clinical Psychologists*, 49, 5-18.
- Cowley, D.S., & Roy-Byrne, P.P. (1991). The biology of generalized anxiety disorder and chronic anxiety. En R.M. Rapee, & D.H. Barlow, (Eds.), *Chronic anxiety* (pp. 52-75). Nueva York: Guilford Press.
- Dugas, M.J., & Ladouceur, R. (1997). Análisis y tratamiento del trastorno por ansiedad generalizada. En V.E. Caballo (Ed.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (pp.211-240). Madrid: Siglo XXI.
- Fifer, S.K., Mathias, S.D., Patrick, D.L., Majonson, P.D., Lubeck, D.P., & Buesching, D.P. (1994). Untreated anxiety among adult primary care patients in a health maintenance organization. *Archives of General Psychiatry*, 51, 740-750.
- Kendler, K.S., Neale, M.C., Kessler, R.C., Heath, A.C., & Eaves, L. J. (1992). Generalized anxiety disorder in women: A population-based twin study. *Archives of General Psychiatry*, 49, 267-272.
- Labrador, F.J., Echeburúa, E., & Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos. Hacia una nueva psicología clínica*. Madrid: Dykinson.
- Ladouceur, R., Dugas, M.J., Freeston, M.H., Léger, E., Gagnon, F., & Thibodeau, N. (2000). Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Evaluation in a controlled clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 957-964.
- Lindsay, W.R., Gamsu, C.V., McLaughlin, E., Hood, E., & Espie, C.A. (1987). A controlled trial of treatment for generalized anxiety. *British Journal of Clinical Psychology*, 62, 865-869.
- Lynn, S.J., Kirsch, I., Barabasz, A., Cardeña, E., & Patterson, D. (2000). Hypnosis as an empirically supported clinical intervention: The state of

- the evidence and a look to the future. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 239-259.
- Meibach, R.C., Mullane, J.F., & Binstok, G. (1987). A placebo controlled multicenter trial of propranolol and chlordiazepoxide in the treatment of anxiety. *Current Therapeutic Research*, 41, 65-76.
- Power, K.G., Jerrom, D.W.A., Simpson, R.J., Mitchell, M.J., & Swanson, V. (1989). A controlled comparison of cognitive behaviour therapy, diazepam, and placebo in the management of generalized anxiety. *Behavioural Psychotherapy*, 17, 1-14.
- Power, K.G., Simpson, R.J., Swanson, V., Wallace, L.A., Feistner, A.T.C., & Sharp, D. (1990). A controlled comparison of cognitive-behaviour therapy, diazepam, and placebo alone and in combination, for the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 4, 267-292.
- Rickels, K., Downing, R., Schweizer, E., & Hassman, H. (1993). Antidepressants for the treatment of generalized anxiety disorder: A placebo-controlled comparison of imipramine, trazodone, and diazepam. *Archives of General Psychiatry*, 50, 884-895.
- Roy-Byrne, P.P., & Cowley, D.S. (1998). Pharmacological treatment of panic, generalized anxiety, and phobic disorders. En P.E. Nathan, & J.M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (pp.319-338). Nueva York: Oxford University Press.
- Roth, A., & Fonagy, P. (1996). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. Nueva York: The Guildford Press.
- Schoenberger, N.E. (2000). Research on hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 154-169.
- Solomon, K., & Hart, R. (1978). Pitfalls and prospects in clinical research on antianxiety drugs: Benzodiazepines and placebos. *Journal of Clinical Psychiatry*, 39, 823-831.
- Task force on promotion and dissemination of psychological procedures. Division of Clinical Psychology. American Psychological Association (1995). Training in and dissemination of empirically-validated psychological treatments: Report and Recommendations. *The Clinical Psychologist*, 48, 3-23.

Aceptado el 20 de marzo de 2001

# MANUAL PARA EL TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LOS TRASTORNOS PSICOLÓGICOS

Vol. 1: Trastornos por ansiedad,  
sexuales, afectivos y psicóticos

TODOS los capítulos que componen el presente manual son originales y han sido escritos (en inglés o español) expresamente para el mismo. Los siguientes capítulos han sido traducidos y adaptados del inglés por V. E. Caballo: Caps. núms.: 1, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22 y 23.

*por*

VICENTE E. CABALLO  
(*dir.*)





**siglo veintiuno editores, sa**

CERRO DEL AGUA, 249. 04310 MEXICO, D.F.

**siglo veintiuno de españa editores, sa**

C/ PLAZA, 5. 28043 MADRID, ESPAÑA

Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier procedimiento (ya sea gráfico, electrónico, óptico, químico, mecánico, fotocopia, etc.) y el almacenamiento o transmisión de sus contenidos en soportes magnéticos, sonoros, visuales o de cualquier otro tipo sin permiso expreso del editor.

Primera edición, enero de 1997

© Siglo XXI de España Editores, S. A.

Calle Plaza, 5. 28043 Madrid

© Vicente E. Caballo

DERECHOS RESERVADOS CONFORME A LA LEY

Impreso y hecho en España

Printed and made in Spain

Diseño de la cubierta: Pedro Arjona

ISBN: 84-323-0944-3 (obra completa)

ISBN: 84-323-0943-5 (vol. 1)

Depósito legal: M-41.277-1996

Fotocomposición e impresión: EFCA, S.A.

Parque Industrial «Las Monjas».

28850 Torrejón de Ardoz (Madrid)

## ÍNDICE

PRÓLOGO, <i>Hans J. Eysenck</i> .....	XVII
PREFACIO, <i>Vicente E. Caballo</i> .....	XIX
RELACIÓN DE AUTORES .....	XXIII

### TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LOS TRASTORNOS POR ANSIEDAD

1. FOBIA ESPECÍFICA, <i>Martin M. Antony y David H. Barlow</i> .....	3
I. INTRODUCCIÓN .....	3
II. FUNDAMENTOS TEÓRICOS DEL TRATAMIENTO BASADO EN LA EXPOSICIÓN...	5
III. HALLAZGOS EMPÍRICOS SOBRE EL TRATAMIENTO DE LAS FOBIAS ESPECÍFICAS .....	7
III.1. Espaciamiento y duración de las sesiones de exposición .....	8
III.2. El grado de implicación del terapeuta .....	9
III.3. La distracción durante las sesiones de exposición .....	10
III.4. La exposición en vivo <i>versus</i> la exposición en la imaginación .....	10
III.5. Combinación de otras estrategias con la exposición .....	10
IV. UN PROGRAMA PARA EL TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LA FOBIA ESPECÍFICA .....	11
IV.1. Evaluación inicial y presentación del tratamiento .....	11
IV.2. La preparación de las prácticas de exposición .....	14
IV.3. Llevando a cabo las prácticas de exposición .....	16
IV.4. Las prácticas entre sesiones .....	17
IV.5. Otras estrategias de tratamiento .....	18
V. CONCLUSIÓN Y TENDENCIAS FUTURAS .....	21
REFERENCIAS .....	21
LECTURAS PARA PROFUNDIZAR .....	24
2. FOBIA SOCIAL, <i>Vicente E. Caballo, Verania Andrés y Francisco Bas</i> .....	25
I. INTRODUCCIÓN .....	25
II. DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS .....	26
III. FUNDAMENTOS TEÓRICOS DEL TRATAMIENTO DE LA FOBIA SOCIAL .....	29
III.1. Condicionamiento clásico, operante y vicario .....	29
III.2. Conciencia pública de uno mismo .....	30
III.3. Presentación de uno mismo .....	31
III.4. La vulnerabilidad .....	31
IV. UN MODELO PARA LA ADQUISICIÓN DE LA FOBIA/ANSIEDAD SOCIAL .....	32
V. RESULTADOS EMPÍRICOS DE LA EFICACIA DE LOS TRATAMIENTOS COGNITIVO-CONDUCTUALES PARA LA FOBIA SOCIAL .....	32



## 7. ANÁLISIS Y TRATAMIENTO DEL TRASTORNO POR ANSIEDAD GENERALIZADA

MICHEL J. DUGAS y ROBERT LADOUCEUR

### I. INTRODUCCIÓN

El trastorno por ansiedad generalizada (TAG) se encuentra entre los trastornos por ansiedad más frecuentes. Utilizando los criterios diagnósticos del *DSM-III-R*, Breslau y Davis (1985) encontraron una prevalencia del 9% en la población general. Sin embargo, dos estudios norteamericanos a gran escala arrojaron porcentajes más bajos. El estudio del National Institute of Mental Health (NIMH) en distintos lugares halló una prevalencia del 4% para el TAG (citado en Barlow, 1988) y el National Comorbidity Survey (NCS) obtuvo cifras similares, mostrando una prevalencia durante seis meses del 3,1% y a lo largo de la vida del 5,1% (Kessler *et al.*, 1994). El NCS reveló también una mayor prevalencia en mujeres que en hombres, a lo largo de la vida, del TAG, con un 6,6% y un 3,6%, respectivamente.

A pesar de su prevalencia, los profesionales de la salud mental informan que raramente ven pacientes con un TAG, en comparación con la mayor frecuencia de otros trastornos por ansiedad (Barlow *et al.*, 1986; Bradwejn, Berner y Shaw, 1992). Esta aparente contradicción puede explicarse de dos maneras. En primer lugar, los individuos con un TAG no suelen buscar ayuda para su problema. Comparado con otros trastornos por ansiedad, como el trastorno por pánico, el TAG está asociado a un malestar que presenta menos síntomas y un deterioro social inferior (Noyes *et al.*, 1992). Por consiguiente, los pacientes con dicho trastorno suelen esperar muchos años antes de acudir a un profesional de la salud mental (Rapee, 1991). Igualmente, el 80% de los individuos con un TAG no recuerdan sus primeros síntomas e informan haber estado preocupados y ansiosos toda su vida (Barlow, 1988; Rapee, 1991). Por esta razón, a menudo los interpretan como rasgos no modificables de la personalidad y no buscan ayuda. En segundo lugar, cuando estos individuos deciden acudir a la consulta de un profesional, puede que no se diagnostique apropiadamente el TAG. A menudo se recurre en principio al médico de cabecera y se suele limitar la exploración a los síntomas somáticos del TAG, como fatiga e insomnio (Bradwejn *et al.*, 1992). Además, los pacientes con TAG frecuentemente se deprimen, se desmoralizan y se vuelven socialmente ansiosos (Butler *et al.*, 1991). Si estas consecuencias son lo suficientemente graves, pueden considerarse como el problema principal y el TAG seguirá sin descubrirse.

## II. CLASIFICACIÓN

El TAG se reconoció oficialmente en la tercera edición del *Manual diagnóstico y estadístico* de la Asociación Psiquiátrica Americana (*DSM-III*, APA, 1980). Se consideró inicialmente como una categoría diagnóstica residual, lo que significó que no podía diagnosticarse cuando estaba presente otro trastorno. En 1987, el *DSM-III-R* convirtió al TAG en una categoría diagnóstica principal y planteó como principal característica una preocupación excesiva o poco realista. El diagnóstico requería también seis de 18 síntomas somáticos, que se dividían en tres categorías: *tensión motora, hiperactividad autónoma e hipervigilancia*. Aunque el *DSM-III-R* mejoró la fiabilidad diagnóstica del TAG, siguió siendo relativamente débil comparada con la de otros trastornos por ansiedad (Di Nardo *et al.*, 1993; Williams *et al.*, 1992).

Con el fin de clarificar la definición del TAG y mejorar su fiabilidad diagnóstica, el *DSM-IV* (APA, 1994) hizo cambios significativos. El primer criterio diagnóstico del TAG es ahora «Ansiedad y preocupación [expectativa aprensiva] excesivas, que están presentes más días que ausentes durante al menos seis meses, sobre una serie de acontecimientos o actividades [como el desempeño laboral o académico]» (APA, 1994, p. 435). El preocuparse tiene que ser difícil de controlar y debe producir un deterioro o malestar significativos en áreas importantes del funcionamiento (p. ej., social, laboral, etc.). Para mejorar la especificidad diagnóstica del criterio somático, el *DSM-IV* cambió los criterios diagnósticos de seis entre 18 a tres entre 6 síntomas: 1) inquietud o sentirse activado, 2) fatigarse fácilmente, 3) dificultad para concentrarse o bien tener la mente en blanco, 4) irritabilidad, 5) tensión muscular y 6) perturbaciones del sueño. Aunque todavía tienen que aparecer estudios sobre la fiabilidad diagnóstica del TAG según el *DSM-IV*, nuestra experiencia clínica sugiere que estos cambios en los criterios del TAG proporcionarán un mayor acuerdo en el diagnóstico.

## III. COMORBILIDAD

Muchos estudios informan de elevadas tasas de comorbilidad para pacientes que tienen como diagnóstico principal el TAG. Sanderson *et al.* (1990) informaron que el 91% de su muestra de pacientes con TAG tenía un diagnóstico añadido con base en el *DSM-III-R*. En un estudio similar, De Ruiter *et al.* (1989) informaron acerca de una tasa de comorbilidad del 67% para el TAG. En estos estudios, la mayoría de los diagnósticos adicionales eran fobia social, trastorno por pánico, trastorno distímico y fobia simple (o específica). Al comparar el TAG y el trastorno por pánico, Noyes *et al.* (1992) comunicaron que la fobia específica era un diagnóstico secundario frecuente entre los sujetos con un TAG. En un estudio a gran escala que incluía 468 pacientes con un trastorno por ansiedad, Moras *et al.* (1991, citado en Brown y Barlow, 1992) indicaron que el TAG y el trastorno por pánico con agorafobia eran las categorías diagnósticas principales que poseían las tasas de comorbilidad más elevadas.

Recientemente, se han encontrado también altas tasas de comorbilidad para el TAG como trastorno secundario. En su extenso estudio, Moras *et al.* (1991, citado en Brown y Barlow, 1992) encontraron que el TAG era el diagnóstico adicional más frecuente (23%) a nivel clínico (con una gravedad al menos moderada). En un estudio de pacientes con un diagnóstico principal de depresión mayor o de distimia, Sanderson, Beck y Beck (1990) informaron que el TAG y la fobia social eran los dos diagnósticos adicionales más frecuentes. Brown y Barlow (1992) sugirieron que es de suma importancia una mayor investigación sobre comorbilidad para la clasificación diagnóstica y los resultados del tratamiento. Teniendo en cuenta la elevada tasa de comorbilidad del TAG, estas consideraciones son especialmente relevantes.

## IV. EL CONCEPTO DE PREOCUPACIÓN

El equipo de investigación del Estado de Pensilvania definió inicialmente la preocupación como «una cadena de pensamientos e imágenes cargados de afecto negativo y relativamente incontrolables. El proceso de la preocupación representa un intento de solución mental de problemas sobre un tema cuyo resultado es incierto, aunque conlleva la posibilidad de una o más consecuencias negativas» (Borkovec *et al.*, 1983a, p. 10). Después de una serie de estudios empíricos, Borkovec *et al.* sugieren ahora que la preocupación es principalmente una actividad verbal conceptual que puede utilizarse como una estrategia de afrontamiento (Borkovec y Lyonfields, 1993; Borkovec, Shadick y Hopkins, 1991; Roemer y Borkovec, 1993). En el *DSM-IV*, se considera la preocupación también como expectativa aprensiva, definida por el grupo de investigación de Albany como «un estado de ánimo orientado hacia el futuro en el que se está dispuesto o preparado para intentar afrontar los acontecimientos negativos venideros. La aprensión ansiosa se asocia con un estado de elevado afecto negativo y sobreactivación crónica, una sensación de incontrolabilidad y un centrar la atención sobre estímulos relativos a la amenaza (p. ej., elevada atención centrada en uno mismo o autopreocupación e hipervigilancia)» (Brown, O'Leary y Barlow, 1993, p. 139). En las dos definiciones anteriores, la preocupación consiste en pensamientos continuos sobre el peligro futuro que se experimentan como aversivos y relativamente incontrolables. Borkovec (1985) sugirió también que la preocupación se describe mejor con la frase «¿Qué pasaría si...?». De este modo, los sujetos que se preocupan mucho son expertos en descubrir posibles problemas, mientras que son incapaces de generar soluciones eficaces o respuestas de afrontamiento.

### IV.1. Temas de preocupación

Sanderson y Barlow (1990) investigaron los temas de preocupación en 22 pacientes con un TAG y encontraron que se preocupaban principalmente sobre su



familia (79% de los sujetos), cuestiones económicas (50%), el trabajo (43%) y la enfermedad (14%). Todas las preocupaciones que estaban sujetas a las evaluaciones de la fiabilidad interjueces caían en una de estas cuatro categorías. Curiosamente, los pacientes con un TAG informaban de más preocupaciones sobre asuntos menores que otros grupos clínicamente ansiosos, incluidos en el estudio (fobia social, trastorno por pánico, fobia específica y trastorno obsesivo-compulsivo). Craske *et al.* (1989) compararon los temas de preocupación de 19 pacientes con un TAG con los de 26 sujetos normales. Sus resultados muestran que los sujetos con un TAG tienen más preocupaciones sobre enfermedad/salud/dañoy aspectos variados, mientras que se preocupan menos sobre cuestiones económicas que los sujetos normales. Las preocupaciones sobre la familia, la casa y las relaciones interpersonales eran igual de frecuentes para ambos grupos. Los autores intentaron clasificar todas las preocupaciones utilizando las cuatro categorías identificadas por Sanderson y Barlow (1990), pero sólo consiguieron situar el 74,8% de las preocupaciones del TAG y el 84,8% de las preocupaciones normales en las categorías de la familia, finanzas, trabajo y enfermedad. Craske *et al.* (1989) concluyeron que estas cuatro categorías eran claramente insuficientes para explicar la diversidad de los temas de preocupación en individuos con un TAG. Shadick *et al.* (1991) evaluaron los temas de preocupación en 31 pacientes con un TAG, en 12 estudiantes universitarios no clínicos que satisfacían los criterios diagnósticos del TAG ("sujetos con alta preocupación") y en 13 sujetos no ansiosos. Para todos estos tres grupos, los temas de preocupación más frecuentes eran la familia, la casa y las relaciones interpersonales. Sin embargo, los pacientes con un TAG y los de "alta preocupación" informaban de un elevado porcentaje de preocupaciones sobre problemas variados que no podían colocarse en una de las cuatro categorías preestablecidas (familia, finanzas, trabajo y enfermedad). Los autores concluyeron que estos dos grupos de sujetos tenían preocupaciones sobre una gran variedad de situaciones, incluyendo problemas menores, y que estas situaciones múltiples tenían que investigarse para entender mejor el preocuparse en exceso.

Los estudios descritos anteriormente sugieren que los temas de preocupación normales y de sujetos con un TAG son relativamente similares. Estos resultados han llevado a algunos investigadores a alegar que estos grupos no se diferencian sustancialmente en el contenido de las preocupaciones (p.ej., Brown *et al.*, 1993; Wells, 1994). Sin embargo, han surgido dos diferencias en la literatura. En primer lugar, los pacientes con un TAG se preocupan sobre una mayor variedad de situaciones que los sujetos no clínicos (Craske *et al.*, 1989; Shadick *et al.*, 1991). En segundo lugar, también se preocupan más sobre cuestiones menores que los sujetos no ansiosos (Shadick *et al.*, 1991) y que otros pacientes clínicamente ansiosos (Sanderson y Barlow, 1990). Un apoyo indirecto a este planteamiento lo proporcionó Di Nardo (1991, citado en Brown *et al.*, 1993), que mostró que una respuesta negativa a la pregunta: «¿Te preocupas en exceso sobre cuestiones menores?» puede descartar de manera eficaz un diagnóstico de TAG (poder de predicción del 0,94). Nuestro grupo de investigación ha mostrado tam-

bién que la preocupación sobre asuntos menores es una señal sensible, ya que el 86% de los sujetos que satisfacen los criterios somáticos y cognitivos del TAG informaban preocuparse sobre cosas menores (Dugas, Freeston y Ladouceur, 1994b).

En términos más generales, muchos autores sugieren que los temas de preocupación tienen una base socioevaluadora (p.ej., Eysenck y Van Berkum, 1992; Borkovec *et al.*, 1991; Sanderson y Barlow, 1990). Lovibond y Rapee (1993) mostraron que las consecuencias sociales temidas, y no las consecuencias físicas, correlacionaban con el *Penn state worry questionnaire*. De igual modo, nuestro equipo de investigación encontró que el "sí mismo" y la conciencia corporal públicos eran mejores predictores de las puntuaciones en el *Penn state worry questionnaire* que el "sí mismo" y la conciencia corporal privados (Léarte *et al.*, 1995). En otras palabras, el darse cuenta de uno mismo como un objeto de escrutinio público está relacionado más íntimamente con el preocuparse que el darse cuenta de los estados internos. Recientemente, hemos mostrado que las preocupaciones sociales, comparadas con las preocupaciones físicas o económicas, constituyen un predictor más potente de la tendencia general a la preocupación (Freeston, Dugas y Ladouceur, 1995). Todavía sigue sin esclarecerse si las preocupaciones del TAG y las preocupaciones normales se diferencian en el grado en que están enraizadas en la evaluación social.

#### IV.2. El preocuparse y la solución de problemas

Muchos estudios indican una relación importante entre el preocuparse y la solución de problemas. Nuestro equipo de investigación obtuvo coeficientes de correlación que iban de 0,31 a 0,51 entre medidas de preocupación y de solución de problemas en una población no clínica (Dugas *et al.*, 1995d). Las subescalas que describían las habilidades de solución de problemas explicaban cantidades de variancia muy pequeñas o no significativas de las puntuaciones de preocupación, mientras que las subescalas de orientación al problema, que describen las reacciones iniciales afectivas, cognitivas y conductuales a las situaciones problema, eran predictores más potentes de las puntuaciones de preocupación. Estos hallazgos fueron replicados en una muestra clínica, ya que pacientes con un TAG y sujetos que se preocupaban mucho tenían puntuaciones más bajas en orientación hacia el problema que los que se preocupaban de forma moderada (Blais *et al.*, 1993). Tal como se predijo, los tres grupos eran similares en medidas de solución de problemas. Estos estudios sugieren que los pacientes con un TAG y los que se preocupan mucho no carecen del conocimiento sobre cómo solucionar problemas, sino que tienen dificultades para aplicar su conocimiento debido a reacciones contraproducentes ante las situaciones problema. Por ejemplo, uno de nuestros pacientes con un TAG tenía muchas preocupaciones de que su novia le dejase porque estuviera insatisfecha con la relación. Durante la evaluación pretratamiento, describió espontáneamente conductas que podía adoptar para mejorar la relación. Sabía con claridad que podía iniciar más actividades sociales, explorar e interesarse en nuevos intereses mutuos y adoptar, en general, una

actitud más activa, lo que ayudaría notablemente a mejorar la calidad de la relación y a aumentar la satisfacción de su novia. Aunque el terapeuta y el paciente se dieron cuenta de que al adoptar esas conductas se mejoraría la relación, este último no conseguiría actuar conforme a este conocimiento debido a reacciones contraproducentes a la situación problema. De hecho, expresó muchas dificultades para percibir sus problemas de relación como retos a superar. Tal y como se esperaba, después de dos meses en terapia, la relación no había cambiado y la novia del paciente decidió dejarle.

En una línea de investigación relacionada, tres estudios mostraron que los sujetos que se preocupan mucho son más lentos en las tareas de categorización cuando los estímulos son ambiguos y la respuesta correcta no está clara (Metzger *et al.*, 1990; Tallis, 1989; Tallis, Eysenck y Mathews, 1991). Estos últimos autores sugieren que los individuos que se preocupan mucho, cuando intentan solucionar problemas, se encuentran obstaculizados por elevados requerimientos sobre las evidencias. Nuestro grupo de investigación hipotetizó que estos elevados requerimientos pueden ser un componente de un factor de vulnerabilidad cognitiva en los sujetos que se preocupan mucho y en los pacientes con un TAG, denominado intolerancia hacia la incertidumbre. Con el fin de comprobar la relación entre el preocuparse y este componente construimos la escala de *Intolerancia hacia la incertidumbre* (*Intolerance of uncertainty scale*), que evalúa las reacciones emocionales, cognitivas y conductuales a situaciones ambiguas, las implicaciones de estar en la incertidumbre y los intentos de control de consecuencias futuras. Luego demostramos que las preocupaciones están muy relacionadas con la intolerancia hacia la incertidumbre y que la relación no es simplemente una consecuencia de la variancia compartida con el afecto negativo (Freeston *et al.*, 1994c). Estos hallazgos se replicaron con una muestra clínica, encontrándose que pacientes con un TAG y sujetos que se preocupaban mucho eran más intolerantes con la incertidumbre que los que se preocupaban de forma moderada (Ladouceur, Freeston y Dugas, 1993b). Así, la intolerancia hacia la incertidumbre parece ser un importante factor de vulnerabilidad cognitiva en los pacientes con un TAG y en sujetos que se preocupan mucho.

#### IV.3. El preocuparse como conducta de aproximación-evitación

Aunque muchos hallazgos recientes sobre el preocuparse son compatibles entre sí, otros son más difíciles de reconciliar. Por una parte, el preocuparse está asociado con la conducta de aproximación. Los sujetos informan que el preocuparse les ayuda a encontrar una solución o una manera mejor de hacer las cosas y de aumentar sus sensaciones de control (Freeston *et al.*, 1994c). El preocuparse conduce también a una atención selectiva hacia la información amenazante (MacLeod y Mathews, 1988), atención que puede tener lugar sin que el individuo se dé cuenta (Mathews, 1990). Por otra parte, el preocuparse está asociado con diferentes clases de evitación. Los pacientes con un TAG alegan que el preocuparse les ayuda a evitar consecuencias negativas improbables (Brown *et al.*, 1993; Roemer y Borkovec, 1993) y los sujetos no clínicos cuentan que el preocuparse

les distrae de pensar en cosas peores (Freeston *et al.*, 1994c). El preocuparse está relacionado también con la evitación de imágenes mentales asociadas con experiencias somáticas desagradables (Borkovec y Hu, 1990; Freeston, Dugas y Ladouceur, 1994a) y con la evitación de material amenazante (Roemer *et al.*, 1991a).

Recientemente, Krohne (1989, 1993) ha propuesto un modelo general sobre la ansiedad que puede ser útil para integrar estos hallazgos y entender la preocupación. Krohne sugiere que los patrones de afrontamiento individuales son el resultado de preferencias disposicionales hacia la vigilancia (como consecuencia de la intolerancia de la incertidumbre) y hacia la evitación (como un efecto de la intolerancia de la activación emocional). Los individuos con elevada ansiedad tendrían potentes tendencias hacia la aproximación y hacia la evitación, lo que llevaría a una conducta de afrontamiento fluctuante, que aumenta la ansiedad, en situaciones de amenaza.

Con el fin de comprobar la adecuación del modelo de Krohne específicamente para la preocupación, nuestro equipo de investigación examinó la relación entre los patrones de afrontamiento, por una parte, y la tendencia a preocuparse y los síntomas somáticos del TAG, por la otra (Dugas *et al.*, 1995b). Se formaron grupos de sujetos según cuatro tipos de patrones de conducta: 1) elevada intolerancia hacia la incertidumbre y alta supresión (EI/AS), 2) elevada intolerancia hacia la incertidumbre y baja supresión (EI/BS), 3) baja intolerancia hacia la incertidumbre y alta supresión (BI/AS), y 4) baja tolerancia hacia la incertidumbre y baja supresión (BI/BS). Tal como se predijo, el grupo EI/AS puntuó más alto que todos los demás grupos en el *Penn state questionnaire* e informó de síntomas somáticos más intensos. Por consiguiente, puede que los pacientes con un TAG sean intolerantes ante la incertidumbre y la activación emocional. Como indica correctamente Krohne (1989, 1993), la incertidumbre y la activación emocional no pueden atenuarse simultáneamente, ya que la vigilancia disminuye la incertidumbre pero aumenta la activación emocional, mientras que la evitación disminuye la activación pero aumenta la incertidumbre. Los pacientes con un TAG cambiarían de un modo de afrontamiento a otro, en un fútil intento de vérselas con una amenaza percibida. De esta forma, el preocuparse se vería como una conducta de aproximación-evitación, que resulta del despliegue de los modos de afrontamiento de vigilancia y de evitación.

#### V. EL CONCEPTO CLÍNICO DE PREOCUPACIÓN EN EL TAG

Basándose en los estudios empíricos descritos anteriormente y en nuestra experiencia clínica con pacientes con TAG, hemos elaborado un concepto clínico específico de la preocupación en el TAG. Empecemos con la percepción de la amenaza. Considerando que la vida diaria implica numerosas situaciones ambiguas, los individuos que son intolerantes con la incertidumbre percibirán más situaciones amenazantes debido a su modo vigilante de afrontamiento (Krohne, 1989, 1993). La percepción de la amenaza conduce a la preocupación, a un au-

mento en los niveles de ansiedad (MacLeod y Mathews, 1988) y a la depresión (Dugas *et al.*, 1994a). El individuo estará especialmente atento a la información amenazante (Mathews, 1990), detectará en mayor medida un riesgo subjetivo (Butler y Mathews, 1987), percibirá material ambiguo como amenazante (Eysenck, MacLeod y Mathews, 1987; Eysenck *et al.*, 1991; Mathews *et al.*, 1989) y sobreestimaré la probabilidad de resultados negativos (MacLeod, Williams y Bekerian, 1991). A su vez, este tratamiento sesgado de la información ambiental aumentará los niveles de ansiedad y preocupación.

Incluso si la preocupación implica una corriente de pensamientos negativos, la pérdida del control mental y esté relacionada con el afecto negativo (Borkovec *et al.*, 1983a; Brown *et al.*, 1993), puede evaluarse en términos positivos. Los sujetos que se preocupan mucho (Freeston *et al.*, 1994c) y los pacientes con un TAG (Ladouceur *et al.*, 1993b) alegan que la preocupación les ayuda a evitar los sucesos negativos, a encontrar una forma mejor de hacer las cosas y a aumentar sus sensaciones de control. Además, los pacientes con un TAG pueden considerar su preocupación como una parte tan importante de ellos mismos que se preguntan cómo serían si dejaran de preocuparse (Brown *et al.*, 1993). La preocupación puede mantenerse así, parcialmente, por el reforzamiento positivo y el negativo, aunque los beneficios del preocuparse se sobreestiman a menudo (p. ej., los que se preocupan mucho a menudo informan que el preocuparse les ayuda a evitar acontecimientos que son, de hecho, muy improbables). Los siguientes dos ejemplos ilustran cómo los pacientes con un TAG pueden percibir el preocuparse como una forma de prevenir las consecuencias negativas. Primero, una estudiante de 24 años incluida en nuestro programa de tratamiento informó que continuamente se había preocupado mucho sobre sus estudios y había aprobado siempre sus cursos. No sólo creía que si se preocupaba menos no aprobaría, sino que observaba que otros estudiantes que no parecían preocuparse mucho no funcionaban tan bien como ella en los estudios, "confirmando" así su creencia errónea sobre la utilidad de la preocupación. Con la misma perspectiva, una mujer de mediana edad que había sido tratada en nuestra clínica se preocupaba sobre la salud de su nieto durante sus vacaciones de tres meses en Europa. Cuando volvió, se sintió aliviada al encontrarle con buena salud. Desgraciadamente, a las dos semanas, su nieto enfermó. La paciente interpretó esta secuencia de acontecimientos de la siguiente manera: «Esto prueba que mis preocupaciones evitaban realmente que cayera enfermo, porque cuando dejé de preocuparme enfermó. ¡Debo continuar preocupándome!».

Además de ser intolerante hacia la incertidumbre, si un individuo es también intolerante ante la activación emocional, será vulnerable entonces a preocuparse demasiado (Dugas *et al.*, 1995b). Hay que recordar que la incertidumbre y la activación emocional no pueden atenuarse simultáneamente (Krohne, 1989, 1993). Cuando el individuo intenta disminuir la incertidumbre empleando un estilo vigilante de afrontamiento, aumenta su activación emocional. Además, cuando los que se preocupan mucho intentan utilizar la solución de problemas para vérselas con la amenaza percibida, tienen dificultades para aplicar sus habilidades de solución de problemas a causa de la inadecuada orientación hacia el problema (Blais *et al.*, 1993; Davey, 1994; Dugas *et al.*, 1995d).

Por otra parte, los intentos para reducir la activación emocional por medio de un modo de afrontamiento por evitación conducirá a un aumento de la incertidumbre. Los ejemplos del afrontamiento por evitación incluyen la evitación de las imágenes mentales asociadas con la preocupación. Las preocupaciones se componen principalmente de actividad cognitiva verbal-lingüística (Borkovec e Inz, 1990; Borkovec y Lyonfields, 1993; Freeston *et al.*, 1994a) y a menudo no se refieren a los peores temores del individuo. La evitación de las imágenes mentales conduce a una reducción de la actividad fisiológica periférica (Borkovec y Hu, 1990; Borkovec *et al.*, 1993) y del procesamiento emocional de material amenazante (Butler, Wells y Dewick, 1992; Foa y Kozak, 1986), todo lo cual refuerza negativamente y mantiene la preocupación (Borkovec *et al.*, 1991).

Los pacientes con un TAG, que son intolerantes hacia la incertidumbre y hacia la activación emocional, cambian de un modo de afrontamiento al otro en un fútil intento de vérselas con la amenaza percibida. El cambio constante de una solución de problemas parcial a la evitación de las imágenes mentales y viceversa evita que los pacientes con un TAG traten de forma adecuada con la amenaza y contribuye al establecimiento de una espiral descendente en la que las preocupaciones y los niveles de ansiedad y depresión se mantienen o aumentan.

## VI. ESTUDIOS SOBRE LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO

Antes de presentar una descripción detallada de nuestro programa de evaluación y tratamiento, haremos una breve revisión de los estudios sobre los resultados del tratamiento. La revisión estará restringida de tres formas. En primer lugar, no se describirán los estudios sobre los resultados que se llevaron a cabo antes de la aparición del *DSM-III-R* o que no emplearon los criterios del *DSM-III-R* para diagnosticar a los sujetos (p. ej. Barlow *et al.*, 1984; Butler *et al.*, 1987; Durham y Turvey, 1987; Jannoun, Oppenheimer y Gelder, 1982). Antes de la aparición del *DSM-III-R*, el TAG estaba caracterizado por una serie de síntomas somáticos que no lo discriminaban adecuadamente de otros trastornos por ansiedad. Por consiguiente, el incluir estos estudios añadiría muy poco a nuestro conocimiento sobre los resultados del tratamiento para el TAG, tal como se describe en el *DSM-III-R* y en el *DSM-IV*. La única excepción a esta primera limitación será el estudio sobre el control del estímulo realizado por Borkovec *et al.* (1983b), debido a que fue un trabajo pionero y a que tuvo importantes implicaciones teóricas y clínicas para el tratamiento de la preocupación excesiva.

En segundo lugar, ya que este capítulo se refiere específicamente a la preocupación del TAG, no se describirán los estudios sobre el tratamiento que no aborde directamente la preocupación del TAG (p. ej., Barlow, Rapee y Brown, 1992; Borkovec y Costello, 1993; Butler *et al.*, 1991; Sanderson y Beck, 1991; White, Keenan y Brooks, 1992). Aunque estos tratamientos abordan la preocupación indirectamente vía distintas formas de reestructuración cognitiva, no se discutirán aquí a causa de la naturaleza no específica de sus intervenciones cognitivas. Finalmente, los estudios sobre tratamiento que incluyen intervenciones farma-



cológicas (p. ej., Lindsay *et al.*, 1987; Hoehn-Saric, McLeod y Zimmerli, 1988) tampoco se describirán porque caen fuera del alcance de este capítulo.

Borkovec *et al.* (1983b) fueron unos de los primeros investigadores que aplicaron un tratamiento que tenía como objetivo específico la preocupación. En dos estudios distintos, demostraron el efecto de un tratamiento de control del estímulo para estudiantes universitarios que informaron preocuparse durante más del 50% del día. Después de haber identificado sus principales temas de preocupación, se pidió a los estudiantes que demorasen preocuparse hasta un período predeterminado diario de 30 minutos, siempre en el mismo lugar. En ambos estudios, los resultados mostraron una mayor disminución del tiempo pasado preocupándose en los grupos experimentales que en los grupos control de lista de espera. Si consideramos que las preocupaciones están relacionadas con la evitación de las imágenes mentales (Borkovec e Inz, 1990; Borkovec y Lyonfields, 1993; Freeston *et al.*, 1994a) y la activación somática (Borkovec y Hu, 1990; Borkovec *et al.*, 1993), un tratamiento de control del estímulo que se parezca a la exposición cognitiva puede ser un componente eficaz de tratamiento para la preocupación del TAG. Sin embargo, Borkovec *et al.* no instruyeron a sus sujetos para que se expusieran de forma específica a imágenes mentales, lo que podría ser más eficaz para la reducción de la preocupación. Además, la generalización de estos resultados es limitada porque los investigadores utilizaron sujetos no clínicos y no evaluaron el mantenimiento del tratamiento.

O'Leary, Brown y Barlow (1992) aplicaron una forma de exposición cognitiva (control de la preocupación) a tres pacientes con un TAG en un diseño de línea base múltiple entre sujetos. En el control de la preocupación, se pedía a los sujetos que se expusieran a sus preocupaciones evocando todas las posibles consecuencias, incluyendo las peores en potencia. En dos de cada tres sujetos, el tratamiento produjo una reducción significativa de la tendencia a preocuparse, medida por el *Penn state worry questionnaire*. Cuando se les preguntaba, todos los sujetos informaban de una disminución del tiempo pasado preocupándose y del malestar asociado a las preocupaciones, así como un aumento en el bienestar diario. Los resultados indicados por O'Leary *et al.* son especialmente interesantes si consideramos que sólo aplicaron un componente de intervención, lo que sugiere que la exposición cognitiva es realmente un activo componente de tratamiento. Además, utilizaron medidas específicas que evaluaban dimensiones clave del TAG, como la tendencia a preocuparse y el malestar asociado con la preocupación (*DSM-IV*, APA, 1994). Aunque estos resultados son alentadores, se necesitan más estudios sobre la eficacia comparativa de este tratamiento.

Recientemente, Brown *et al.* (1993) describieron un paquete de tratamiento multidimensional para el TAG. El tratamiento implicaba cinco componentes: 1) reestructuración cognitiva, 2) relajación muscular progresiva, 3) exposición cognitiva (control de la preocupación), 4) prevención de la respuesta y 5) vérselas con los problemas. Aunque muchas historias de caso sugieren que este paquete de tratamiento es eficaz, tienen que llevarse a cabo todavía estudios empíricos comparativos. Considerando que la exposición cognitiva a la peor imagen de la preocupación conduce a un aumento de la activación somática (Borkovec y Hu, 1990; Borkovec *et al.*, 1993) y al procesamiento emocional de material amena-

zante (Foa y Kozak, 1986), la inclusión del control de la preocupación en este paquete de tratamiento parece ser una elección acertada. Sin embargo, son cuestionables dos aspectos de esta intervención multidimensional. En primer lugar, si consideramos que la preocupación está asociada con una deficiente orientación hacia el problema y no con una falta de conocimiento sobre cómo solucionar problemas (Blais *et al.*, 1993; Dugas *et al.*, 1995b), ¿por qué los autores sugieren que se apliquen todos los subcomponentes del entrenamiento en solución de problemas? Podría ser más eficaz (y consumir menos tiempo) tener como objetivo la orientación hacia el problema y repasar brevemente las habilidades de solución de problemas con pacientes con un TAG. En segundo lugar, ¿por qué deberían abordarse las preocupaciones a través de los diferentes componentes del tratamiento? ¿Deberían aplicarse indiscriminadamente el control de la preocupación y la solución de problemas a todas las preocupaciones? Si no fuese así, ¿de qué manera debería decidir el terapeuta qué preocupaciones se pueden someter a los diferentes componentes de tratamiento? Con el fin de facilitar la aplicación del tratamiento y aumentar su eficacia, creemos que se deben abordar estas cuestiones.

## VII. TIPOS DE PREOCUPACIONES

En la Universidad de Laval, nos hemos quedado fascinados por los diferentes tipos de preocupaciones sobre las que informan nuestros pacientes con un TAG. Creemos que las preocupaciones del TAG pueden dividirse en tres categorías distintas, requiriendo cada una de ellas una estrategia de tratamiento diferente. Nuestros pacientes con TAG han descrito preocupaciones que se refieren a: 1) problemas inmediatos que están anclados en la realidad y son modificables, 2) problemas inmediatos que están anclados en la realidad pero que no son modificables, y 3) acontecimientos muy improbables que no se basan en la realidad y que, por consiguiente, no son modificables. Se describirá seguidamente cada uno de estos tipos de preocupaciones. Además, recomendaremos estrategias específicas de tratamiento para cada clase de preocupación que se describirá más tarde en la sección dedicada al proceso del tratamiento.

El primer tipo de preocupación se refiere a los problemas inmediatos que se basan en la realidad y son modificables. Los ejemplos incluyen preocupaciones sobre conflictos interpersonales, vestirse de manera apropiada para situaciones específicas y tribulaciones diarias, como llegar a tiempo a una cita, poner a punto el coche o hacer reparaciones menores en la casa. Hay que recordar que los pacientes con un TAG, cuando se enfrentan con situaciones problemáticas, informan de reacciones cognitivas, afectivas y conductuales iniciales que son ineficaces o contraproducentes (Blais *et al.*, 1993). Aunque se ha empleado el entrenamiento en solución de problemas para el tratamiento de la preocupación excesiva y del TAG, se ha añadido como elemento periférico a un preexistente tratamiento de control del estímulo (Borkovec *et al.*, 1983b) o se ha incluido como un componente menor e inespecífico de un paquete de tratamiento gene-

ral (Brown *et al.*, 1993). Considerando que la preocupación está asociada con una pobre solución de problemas, creemos que el entrenamiento en solución de problemas (ESP) debería ser uno de los principales componentes en el tratamiento del TAG. Planteamos dos cuestiones importantes que guíen el empleo del ESP. En primer lugar, el terapeuta debería adaptar el ESP centrándose en la reacción inicial del paciente cuando se enfrenta a un problema, teniendo en cuenta las dimensiones cognitivas, afectivas y conductuales de esta reacción. Debido a que los pacientes con un TAG no informan de una falta de habilidades de solución de problemas (Blais *et al.*, 1993), el entrenamiento en todas las fases de la solución de problemas es inapropiado y puede, de hecho, disminuir la motivación del paciente. En segundo lugar, el ESP con objetivos centrados en el problema debería ser aplicado solamente a las preocupaciones sobre los problemas inmediatos que se basan en la realidad y son modificables.

El segundo tipo de preocupaciones que experimentan nuestros pacientes con un TAG entraña problemas inmediatos que se anclan en la realidad, pero que no son modificables. Los ejemplos incluyen preocupaciones sobre la enfermedad de un ser querido o el estado del mundo, como pobreza, guerras, aumento de la violencia e injusticias. Debido a que estas situaciones problema no son modificables, el ESP con objetivos centrados en el problema no conducirán a los resultados deseados. Sin embargo, como han señalado Nezu y D'Zurilla (1989), el ESP con objetivos centrados en las emociones puede ayudar a los pacientes a adaptarse a una situación problema no modificable. Por consiguiente, este tipo de preocupación puede tratarse empleando el ESP con objetivos centrados en las emociones. El siguiente ejemplo clínico ilustra una preocupación que implica un problema inmediato que se basa en la realidad, pero que no es modificable. Un hombre de mediana edad, que ha estado trabajando para una sólida y bien conocida compañía durante los últimos 25 años, se preocupaba sobre la dirección que recientemente ha tomado la misma. Aunque mantenía un puesto importante en la compañía y no estaba de acuerdo con su nuevo rumbo, no podía modificar las decisiones tomadas en las oficinas centrales. Aunque las preocupaciones de los pacientes sobre su trabajo parecían en un principio referirse a una situación modificable, investigaciones posteriores mostraron claramente que la situación se encontraba realmente fuera de su rango de influencia y, por lo tanto, no era modificable.

Los pacientes con un TAG se preocupan por acontecimientos altamente improbables que no se basan en la realidad y que, por consiguiente, no son modificables. Las preocupaciones sobre la posibilidad de arruinarse algún día o de caer gravemente enfermos (en ausencia de problemas actuales económicos o de salud) son ejemplos de este tipo de preocupación. Dichas preocupaciones no se encuentran al alcance del ESP con objetivos centrados en el problema o en las emociones, debido a que no existe realmente una situación problema. Hay que recordar que el contenido verbal de la preocupación representa la evitación del temor provocado por la imaginación y que dicha preocupación se refuerza negativamente por una disminución de la activación somática aversiva (Borkovec y Lyonfields, 1993; Roemer y Borkovec, 1993). De este modo, las explicaciones actuales del papel de la preocupación como conducta de evitación de las imágenes

nes de temor y la existencia de un grupo de preocupaciones sobre problemas que no existen realmente (y que no son tratables con el ESP), apuntan al empleo de la exposición funcional cognitiva para las imágenes provocadoras de temor.

Aunque el grupo de Albany propone la exposición directa para el componente de las imágenes de temor en las preocupaciones (p. ej., Brown *et al.*, 1993; Craske, Barlow y O'Leary, 1992; O'Leary, Brown y Barlow, 1992), aparentemente aplican la exposición cognitiva, de forma indiscriminada, a todas las preocupaciones. Contrariamente a esta posición, creemos que la exposición a las peores imágenes debería emplearse solamente con las preocupaciones que entrañen acontecimientos altamente improbables. Además, Craske *et al.* (1992) recomiendan emplear la relajación aplicada y la reestructuración cognitiva durante la exposición cognitiva, mientras que Brown *et al.* (1993) incluyen la generación de alternativas a la peor imagen, en la fase final de la práctica de la exposición. Las explicaciones teóricas de los procesos implicados en la exposición con éxito (Foa y Kozak, 1986), así como nuestra propia experiencia utilizando la exposición con sujetos "rumiadores" obsesivos (Freeston *et al.*, 1994c; Ladouceur *et al.*, 1994), sugieren, de forma clara, que la exposición a las imágenes de temor debería llevarse a cabo independientemente de otras estrategias de tratamiento. El paciente pudiera utilizar otras estrategias, sean la relajación, la reestructuración cognitiva o la generación de escenas alternativas, con el fin de neutralizar la imagen de temor, disminuyendo, así, los efectos beneficiosos de la exposición (Freeston y Ladouceur, en este volumen). Ahora que ya se han presentado los distintos tipos de preocupaciones, volvamos a una descripción más detallada de nuestro programa de evaluación y tratamiento.

## VIII. EVALUACIÓN

Teniendo en cuenta los importantes cambios en los criterios diagnósticos del TAG desde el *DSM-III* (APA, 1980), no es sorprendente que la evaluación del TAG haya sufrido también cambios significativos. Considerado inicialmente como un trastorno no específico, denominado a menudo ansiedad "de flotación libre", el TAG se evaluó con medidas globales de ansiedad. Aunque estas medidas generales siguen siendo importantes, las medidas específicas de los síntomas clave deberían ser el fundamento de la evaluación del TAG. Recomendamos que la evaluación completa de los resultados del tratamiento para el TAG incluya cuatro niveles de medidas: 1) entrevistas estructuradas para el diagnóstico y evaluación de los resultados del tratamiento, 2) medidas de los síntomas del TAG, 3) medidas de las variables clave asociadas al TAG, y 4) medidas generales de la ansiedad y de la depresión. Teniendo en cuenta que la evaluación del TAG se ha olvidado relativamente en el pasado y que la pobre evaluación ha contribuido a la falta de especificidad y eficacia de las intervenciones de tratamiento, esta sección describirá en detalle cada nivel de evaluación que sea esencial para la planificación del tratamiento eficaz del TAG.

### VIII.1. Entrevistas estructuradas

A causa de la escasa fiabilidad diagnóstica del TAG, comparada con otros trastornos por ansiedad (p. ej., Di Nardo *et al.*, 1993; Williams *et al.*, 1992), el empleo de una entrevista estructurada bien establecida es de suma importancia. De modo ideal, el diagnóstico del TAG debería confirmarse por una segunda entrevista diagnóstica independiente (es decir, un clínico diferente que administre la misma entrevista estructurada). Con el fin de evaluar adecuadamente los resultados y el mantenimiento del tratamiento, la entrevista diagnóstica estructurada debería administrarse también en el postratamiento y en el seguimiento. Pensamos que la *Entrevista para los trastornos por ansiedad, según el DSM-IV (Anxiety disorders interview schedule for DSM-IV) (ADIS-IV)* (Brown, Di Nardo y Barlow, 1994) representa la entrevista más práctica e informativa disponible actualmente para los trastornos por ansiedad. Aunque la *ADIS-IV* se construyó para los trastornos por ansiedad, contiene también ítems que muestrean trastornos del estado de ánimo, trastornos somatoformes, trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, trastornos psicóticos y problemas médicos. La sección sobre el TAG incluye ítems que cubren los criterios diagnósticos del *DSM-IV* así como otros ítems sobre temas de las preocupaciones, porcentaje del día que pasa preocupándose, ingesta de alcohol y drogas, condiciones físicas, duración del trastorno, etc. La administración del *ADIS-IV* dura normalmente de una a dos horas y arroja información sobre la presencia de trastornos del Eje I con puntuaciones sobre su gravedad.

### VIII.2. Medidas de los síntomas del TAG

La primera medida de los síntomas del TAG es el *Cuestionario de ansiedad y preocupación (Worry and anxiety questionnaire, WAQ)* (Dugas *et al.*, 1995a). El WAQ se compone de 16 ítems y procede del *Cuestionario para el trastorno por ansiedad generalizada (Generalized anxiety disorder questionnaire, GADQ)* (Roemer, Posa y Borkovec, 1991b), que fue actualizado para incluir todos los criterios diagnósticos del *DSM-IV* para el TAG así como cuestiones actuales de investigación sobre la preocupación. Los ítems dicotómicos del GADQ se cambiaron por ítems sobre una escala continua (evaluados a lo largo de una escala de 9 puntos tipo Likert), eliminando problemas anteriores en las elevadas e inestables puntuaciones de algunos ítems (Freeston *et al.*, 1994a). El WAQ pregunta inicialmente por una lista de hasta seis temas de preocupación que luego se evalúan según su naturaleza excesiva y realista. Luego hay ocho ítems sobre la preocupación y la ansiedad, incluyendo tres ítems del GADQ (preocupaciones menores, porcentaje de pensamientos e imágenes, y porcentaje del día que uno pasa preocupándose) y cinco de los criterios del *DSM-IV* para el TAG. El WAQ contiene también cuatro ítems que son muy representativos de constructos relacionados, como la intolerancia hacia la incertidumbre, la supresión del pensamiento, la orientación hacia el problema y el perfeccionismo. Cada uno de estos ítems se

extrajo de medidas ya existentes y tenían la mayor correlación ítem-escala total. El último ítem pregunta sobre la salud física. Aunque el *DSM-IV* afirma que la preocupación no debería ser sobre otro trastorno del Eje I, como la hipocondría, la relación entre la preocupación sobre la salud y la enfermedad física real sigue siendo importante al evaluar el TAG.

Recomendamos también utilizar el *Cuestionario de preocupación, del estado de Pensilvania (Penn state worry questionnaire, PSWQ)* (Meyer *et al.*, 1990), que se compone de 16 ítems que miden una tendencia estilo rasgo hacia la preocupación. Meyer *et al.* (1990) han mostrado que el PSWQ es unifactorial, tiene una consistencia interna y una fiabilidad test-retest elevadas, así como una validez convergente y discriminante adecuada. Además, las puntuaciones en el PSWQ distinguen a los pacientes con un TAG de los pacientes con otros trastornos por ansiedad (Brown, Antony y Barlow, 1992). Debido a que el PSWQ y el WAQ son cuestionarios breves muy informativos, recomendamos que se administren a intervalos regulares durante el tratamiento con el fin de evaluar el progreso de los pacientes. Estos deberían completar también dichas medidas en el pretest, en el postest y en el seguimiento.

### VIII.3. Medidas de variables clave asociadas con el TAG

La primera medida de variables asociadas que debería pasarse es la escala de *Intolerancia hacia la incertidumbre (Intolerance of uncertainty scale, IU)* (Freeston *et al.*, 1994c) que se compone de 28 ítems sobre incertidumbre, reacciones emocionales y conductuales ante situaciones ambiguas, implicaciones de inseguridad e intentos de controlar el futuro. La suma de estos ítems distingue a los sujetos que se preocupan y que satisfacen los criterios del TAG por medio de un cuestionario, de aquellos que no los cumplen y que la relación entre medidas de preocupación y la IU no se explica por la variancia compartida con el afecto negativo (Freeston *et al.*, 1994c). El análisis factorial reveló cinco factores que correspondían a las ideas de incertidumbre: 1) es inaceptable y debería evitarse, 2) le perjudica seriamente, 3) provoca frustración, 4) induce estrés y 5) inhibe la acción. La consistencia interna de la IU es excelente y muestra una buena estabilidad temporal a lo largo de un período de cinco semanas ( $r = 0,78$ ) (Dugas, Ladouceur y Freeston, 1995c). Aunque la IU no evalúa los síntomas del TAG, proporciona una información válida sobre variables cognitivas importantes. Por consiguiente, sugerimos que se administre antes y después del tratamiento y en el seguimiento.

La segunda medida es el *Inventario de solución de problemas sociales (Social problem-solving inventory, SPSI)* (D'Zurilla y Nezu, 1990). El SPSI es una medida multidimensional de autoinforme sobre la solución de problemas sociales, que se compone de 70 ítems (evaluados en una escala tipo Likert de cinco puntos) divididos en dos escalas principales y siete subescalas. Las dos escalas principales son la *Escala de orientación hacia el problema (Problem orientation scale)* y la *Escala de habilidades de solución de problemas (Problem-solving skills scale)*. La primera, que se refiere a factores motivacionales generales, contiene tres



subescalas: Cognición, Emoción y Conducta. La segunda escala se divide en cuatro subescalas: Definición y formulación del problema, Generación de soluciones alternativas, Toma de decisiones y Puesta en práctica y verificación de la solución. El *SPSI* tiene propiedades psicométricas adecuadas y es una buena medida multicomponente de la solución de problemas sociales.

Como han apuntado muchos investigadores, los pacientes con un TAG y los sujetos que se preocupan mucho creen que el preocuparse tiene beneficios importantes (Brown *et al.*, 1993; Dugas *et al.*, en prensa; Roemer y Borkovec, 1993). El cuestionario *¿Por qué preocuparse?* (*Why worry?*, WW, Freeston *et al.*, 1994c) se desarrolló por nuestro equipo de investigación con el fin de evaluar la valoración de las preocupaciones. El WW se compone de 20 ítems que reflejan razones por las que se preocupa la gente. Basándonos en nuestra experiencia clínica con pacientes que sufren de un TAG, se construyó un conjunto de ítems y se utilizaron criterios empíricos para seleccionarlos. El análisis factorial identificó dos tipos de creencias: 1) el preocuparse tiene efectos positivos, como encontrar una forma mejor de hacer las cosas, aumentar el control y hallar soluciones, y 2) el preocuparse puede evitar que sucedan consecuencias negativas o proporcionar distracción de las imágenes de temor o de pensar sobre cosas peores.

Aunque algunos ítems del WW tratan con la evitación de imágenes o con el material emocional, el cuestionario no se diseñó exclusivamente para evaluar la supresión del pensamiento. Recomendamos utilizar el *White bear suppression inventory* (*WBSI*, Wegner y Zanakos, 1992) para complementar al WW en la evaluación de la supresión del pensamiento. El *WBSI*, que muestra buenas propiedades psicométricas, mide diferencias individuales en la tendencia a suprimir pensamientos no deseados. Aunque el *WBSI* se ha utilizado principalmente para propósitos de investigación, ha demostrado ser muy útil para evaluar la supresión del pensamiento en nuestros pacientes con un TAG.

#### VIII.4. Medidas generales de ansiedad y depresión

Aunque las medidas generales de psicopatología ya no son el fundamento de la evaluación del TAG, siguen siendo útiles el *Inventario de ansiedad, de Beck* (*Beck anxiety inventory*, BAI; Beck *et al.*, 1988) y el *Inventario de depresión, de Beck* (*Beck depression inventory*, BDI, Beck *et al.*, 1979) debido a las cualidades psicométricas demostradas y a su extendida utilización. El BAI es una escala de 21 ítems sobre la ansiedad estado que mide la intensidad de síntomas de ansiedad cognitivos, afectivos y somáticos experimentados durante los últimos siete días. Nuestro equipo de investigación ha confirmado las adecuadas propiedades psicométricas del BAI sobre muestras no clínicas, ambulatorias y psiquiátricas (Freeston *et al.*, 1994b).

El BDI se compone de 21 ítems que evalúan los principales síntomas depresivos y se ha estado utilizando durante 25 años. Sus propiedades psicométricas se han estudiado también de forma extensa (Beck, Steer y Garbin, 1988; Bourque y Beaudette, 1982) y han demostrado ser excelentes. Lo mismo que el WAQ y que

el PSWQ, estos breves inventarios deberían administrarse regularmente durante la terapia, en el pretest, en el postest y en el seguimiento.

#### IX. ESQUEMA DEL TRATAMIENTO

Los principales objetivos del tratamiento consisten en ayudar al paciente a reconocer sus preocupaciones como una conducta de aproximación-evitación, a discriminar entre diferentes tipos de preocupaciones y a aplicar la estrategia correcta a cada tipo. Nuestra intervención se desarrolla a lo largo de aproximadamente 18 sesiones de una hora e implica cuatro componentes: 1) presentación del tratamiento, 2) análisis conductual y entrenamiento en darse cuenta, 3) intervenciones específicas sobre la preocupación, y 4) reevaluación de la valoración de la preocupación. Aunque siempre incluye estos cuatro componentes, el programa de tratamiento se adapta a las necesidades individuales de cada paciente. Por ejemplo, para los pacientes que informan preocuparse principalmente sobre problemas anclados en la realidad, la principal intervención específica sobre el preocuparse sería el entrenamiento en solución de problemas (ESP) adaptado, con énfasis en la orientación hacia el problema. Para pacientes que se preocupan principalmente sobre acontecimientos muy improbables, la exposición funcional cognitiva sería la principal intervención específica sobre las preocupaciones.

El tratamiento normalmente dura cuatro meses, con sesiones de seguimiento a lo largo del período de un año. De forma ideal, las primeras ocho sesiones se llevan a cabo dos veces a la semana con el fin de vigilar de cerca el progreso inicial del paciente. Luego tienen lugar ocho sesiones de una vez a la semana seguidas por dos sesiones de desvanecimiento (normalmente de dos a cuatro semanas más tarde). Recomendamos también tres sesiones de seguimiento a lo largo del período de un año, a los 3, a los 6 y a los 12 meses. Aunque las sesiones duran habitualmente una hora, aquellas que incluyen prácticas de exposición pueden durar hasta una hora y media.

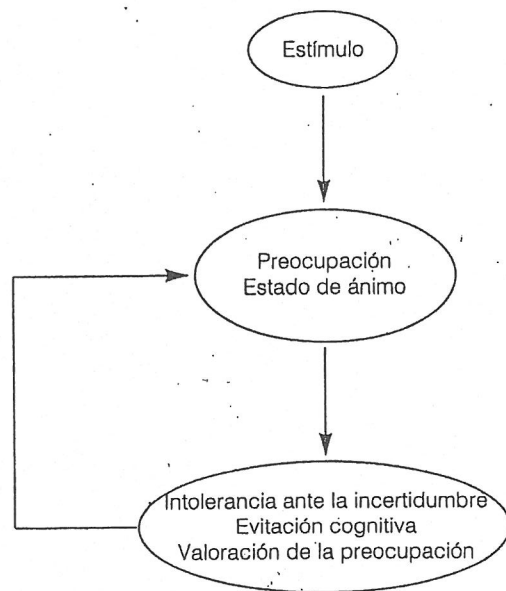
#### X. EL PROCESO DEL TRATAMIENTO

##### X.1. Presentación del tratamiento

Durante las primeras dos sesiones, el terapeuta presenta en qué va a consistir el tratamiento. En primer lugar, se describe nuestro modelo clínico sobre la preocupación en el TAG y se abordan todas las preguntas que el paciente haga del modelo. Desde la primera sesión, el terapeuta insiste en que la percepción de incertidumbre por parte del paciente es una fuente importante de preocupación y ansiedad. Considerando que la incertidumbre está enraizada en la vida diaria de todos los individuos, el objetivo del tratamiento no consiste en intentar eliminar la incertidumbre, sino, por el contrario, en reconocer, aceptar y desarrollar es-

trategias de afrontamiento cuando se enfrenten a situaciones de incertidumbre. El modelo clínico, que es una versión abreviada de nuestro modelo descrito anteriormente (véase el epígrafe V), se presenta en la figura 7.1.

FIGURA 7.1. Modelo clínico de la preocupación en el TAG



Aunque este modelo general está muy simplificado, creemos que es importante presentar un modelo inicialmente que los pacientes pueden entender y verse en él fácilmente. Hemos encontrado dicho modelo muy adecuado para ese propósito. El terapeuta presenta entonces los siguientes tres componentes, es decir, el análisis conductual y el entrenamiento en darse cuenta, las intervenciones específicas para la preocupación y la reevaluación de la valoración de la preocupación. En este punto, se introducen y se describen brevemente los diferentes tipos de preocupaciones. El terapeuta presenta también las intervenciones para la preocupación y se explica brevemente por qué se utilizan. En la presentación del tratamiento ha demostrado ser útil un formato muy estructurado.

## X.2. Análisis conductual y entrenamiento en darse cuenta

Después de la presentación del tratamiento, el terapeuta y el paciente pasan al análisis conductual y al entrenamiento en darse cuenta de las situaciones asociadas a las preocupaciones. Este componente del tratamiento se emplea para au-

mentar la conciencia del paciente y le permite discriminar claramente entre tres tipos de preocupaciones. Hay que recordar que hemos identificado preocupaciones que se refieren a: 1) los problemas inmediatos que están basados en la realidad y son modificables (p. ej., un conflicto interpersonal actual con un compañero del trabajo), 2) problemas inmediatos que se basan en la realidad, pero que no son modificables (p. ej., la enfermedad de un ser querido), 3) acontecimientos muy improbables que no se basan en la realidad y que, por consiguiente, no son modificables (p. ej., la posibilidad de arruinarse algún día). Debido a que la mayoría de las preocupaciones se relacionan con situaciones que pueden incluirse en más de una de estas categorías, se requiere un detallado análisis conductual (p. ej., Ladouceur, Fontaine y Cottraux, 1993a) de cada situación. Además, hemos desarrollado una serie de preguntas hechas por el terapeuta que ayudan a los pacientes a clasificar sus preocupaciones en esas dimensiones críticas.

Para ayudar a determinar si una preocupación se refiere a un problema basado en la realidad, el terapeuta puede investigar lo siguiente: 1) ¿Tiene alguna prueba real el paciente de que la preocupación versa sobre un problema inmediato? 2) ¿Tiene alguna prueba de que el problema por el que se preocupa aparecerá en un futuro próximo? 3) ¿Refleja la preocupación la tendencia del paciente a preocuparse incluso cuando no existe un problema real? Se le puede preguntar al paciente si, basándose en sus contestaciones anteriores, piensa que su preocupación se refiere a un problema basado en la realidad. Debido a que los pacientes son reacios a menudo a contestar a esta pregunta en términos dicotómicos, recomendamos que se responda sobre una escala continua. Hemos encontrado que una escala tipo Likert de 9 puntos (0 = Nada en absoluto; 8 = Totalmente) es adecuada para este propósito.

Luego, el terapeuta y el paciente determinan si la preocupación se refiere a un problema modificable. Pueden ser útiles las siguientes preguntas: 1) ¿Ha resuelto el paciente alguna vez un problema similar a éste?, 2) Si reacciona mejor al problema, ¿podría resolverlo?, y 3) ¿Conoce a alguien que podría resolver este problema (porque reacciona mejor o tiene más habilidades)? Finalmente, basándonos en las contestaciones a estas preguntas, ¿cree el paciente que su preocupación se refiere a un problema modificable? Aquí volvemos a recomendar que esta última pregunta se conteste en una escala continua.

Aunque este procedimiento ayuda a los pacientes a ser más objetivos cuando evalúan sus preocupaciones con base en las dimensiones críticas, tiene que llegarse a un acuerdo entre el paciente y el terapeuta en la elección de la estrategia de tratamiento que se ha de aplicar a la preocupación. Si el terapeuta no está de acuerdo con la evaluación del paciente, debería discutirlo abiertamente con él, con el fin de llegar a un acuerdo mutuo. En el curso del tratamiento de pacientes con un TAG, nos hemos dado cuenta de que tienden a sobrestimar el grado en el que pueden modificar las situaciones problema. Aunque esta observación clínica no se esperaba en un principio, la reflexión posterior sobre las consecuencias de la intolerancia ante la incertidumbre nos ha llevado a la siguiente conclusión. Las situaciones problema que no pueden resolverse por medio de la solución de problemas instrumental (con objetivos centrados en el problema) implicarían



más incertidumbre que aquellas que pueden modificarse por la acción directa. Por ejemplo, si se tiene que contar con otros individuos para resolver un problema, sus acciones no pueden predecirse siempre de antemano, añadiéndose, por consiguiente, a la incertidumbre del resultado deseado. Además, cuando efectos imprevistos, como los fenómenos naturales, se encuentran implicados en la solución de un problema, el resultado se vuelve mucho más incierto. Por consiguiente, las situaciones problema que no son modificables por medio de la solución de problemas instrumental entrañan un mayor grado de incertidumbre y son más amenazantes para los pacientes con un TAG que no toleran la incertidumbre. Su evaluación sesgada de las situaciones problema como más modificables de lo que realmente son puede resultar una consecuencia de su deseo de disminuir subjetivamente los niveles de incertidumbre en situaciones no modificables. Es muy importante que los terapeutas ayuden a los pacientes a reevaluar el grado en que son modificables los problemas anclados en la realidad. Por ejemplo, se puede pedir a los pacientes que evalúen el impacto de otros individuos y de los efectos imprevistos en la solución de un problema particular antes de evaluar su propio impacto. No sólo la evaluación del grado en que un problema es modificable es el primer paso para aplicar la estrategia correcta de tratamiento, sino que es terapéutico por sí mismo ya que los pacientes empiezan a percibir claramente y a aceptar, posiblemente, la incertidumbre implicada en las situaciones problema.

El componente del análisis conductual y entrenamiento en darse cuenta de nuestro tratamiento dura, normalmente, de dos a cuatro sesiones. Se evalúan todas las principales preocupaciones en las dimensiones básicas antes de iniciar las intervenciones para la preocupación. Aunque las intervenciones siguientes pueden aplicarse en cualquier orden, recomendamos que el ESP adaptado con objetivos centrados en el problema (para preocupaciones sobre problemas que están basados en la realidad y son modificables) o el ESP adaptado con objetivos centrados en la emoción (para preocupaciones sobre problemas que están basados en la realidad, pero que no son modificables) sean empleados en primer lugar con el fin de aumentar la motivación y adherencia al tratamiento del paciente. Sugerimos insistentemente que las preocupaciones sobre acontecimientos muy improbables que no están basados en la realidad se traten al final, ya que la exposición cognitiva puede producir temor en algunos pacientes (véase Freeston y Ladouceur, en este volumen) y debería aplicarse una vez que se han enfrentado con otras preocupaciones de forma satisfactoria.

Los terapeutas deberían subrayar un último punto antes de pasar a las intervenciones específicas para las preocupaciones. Cuando se ha llegado a un acuerdo sobre una preocupación-objetivo y se ha empezado a aplicar una intervención específica, la intervención se debería llevar hasta su conclusión lógica antes de plantear otra preocupación como objetivo. Debido a que los pacientes con un TAG normalmente se preocupan sobre muchos temas, los terapeutas deberían esperar que sus pacientes desearan vérselas con una preocupación distinta cuando empiece a disminuir la intensidad de la preocupación objetivo. Por consiguiente, los terapeutas deberían "advertir" a sus pacientes que cuando una intervención se aplica a una preocupación determinada, se llevará a cabo hasta su

terminación, incluso en el caso de que, con el tiempo, otras preocupaciones puedan parecer más importantes que aquella sobre la que se llegó a un acuerdo.

### X.3. Intervenciones específicas para la preocupación

EL ENTRENAMIENTO EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS ADAPTADO. El entrenamiento en solución de problemas (ESP) adaptado se aplica a preocupaciones sobre problemas que se basan en la realidad. Como se ha descrito anteriormente, el ESP adaptado con objetivos centrados en el problema se emplea en el caso de problemas modificables, mientras que el ESP adaptado con objetivos centrados en la emoción se aplica a problemas no modificables. Aunque cada tipo de ESP adaptado incluye un conjunto diferente de objetivos de solución de problemas, los dos implican el mismo proceso de solución de problemas. Por consiguiente, en ambos casos, la estrategia de tratamiento implica dos componentes fundamentales:

*Orientación hacia el problema.* La orientación hacia el problema por parte del paciente incluye sus reacciones cognitivas, afectivas y conductuales ante el mismo. La deficiente orientación hacia el problema está muy relacionada con la preocupación excesiva y, a un nivel más específico, la percepción de falta de control personal, que es un subcomponente de la orientación hacia el problema, está asociada con la preocupación excesiva. Debido a que los déficit en orientación del problema obstaculizan gravemente la aplicación de las habilidades de solución de problemas, este componente es claramente el objetivo central del ESP adaptado. El terapeuta tiene que subrayar la importancia de reconocer las reacciones contraproducentes a los problemas y corregirlas utilizando técnicas de reevaluación cognitiva (Beck y Emery, 1985) y tareas conductuales para casa (p. ej., el registro diario de las reacciones a los problemas). El paciente debería darse cuenta de que sus reacciones contraproducentes a las situaciones problema son a menudo expresiones de la intolerancia ante la incertidumbre (Dugas, Ladouceur y Freeston, 1995c). Por ejemplo, cuando se enfrentan con una situación ambigua, suelen tender a interpretarla como amenazante (Butler y Mathews, 1983).

*Habilidades de solución de problemas.* Este componente incluye todas las conductas de solución de problemas e implica los cuatro pasos siguientes: 1) definir el problema, 2) generar soluciones alternativas, 3) tomar una decisión y 4) llevarla a la práctica y evaluar la solución. Debido a que la deficiente orientación hacia el problema afecta a todas las fases de la solución de problemas (Nezu y D'Zurilla, 1989), los pasos conductuales se repasan poniendo énfasis en la reacción del paciente a la situación problema. Por ejemplo, el percibir un problema como una amenaza en vez de como un reto puede obstaculizar los intentos del paciente para definirlo de forma operacional, desalentándole de generar posibles soluciones, evitando que tome una decisión y apartándole de aplicar una solución.

El terapeuta debería presentar brevemente los elementos clave de cada paso conductual. El primer paso, *definir el problema*, incluye la descripción de problemas y objetivos personales con objetividad, especificidad y claridad. La definición del problema tiene que proporcionar información que optimice la actuación en las siguientes etapas del proceso de solución de problemas, pero excluye la información que se refiera a la intolerancia ante la incertidumbre o ante la activación. Luego, la *generación de soluciones alternativas* implica las siguientes reglas del torbellino de ideas: las críticas se eliminan, se favorece la expresión incontrolada de ideas, se alienta la cantidad y se persigue la combinación y la mejora. Las expresiones de intolerancia hacia la incertidumbre no tienen que limitar la generación de soluciones alternativas. El tercer paso conductual, la *toma de decisiones*, consiste en evaluar de forma realista las probables consecuencias de cada solución generada, con el fin de determinar la mejor estrategia para la situación particular. La decisión final no tiene que reflejar simplemente el deseo del paciente de evitar la activación emocional o las situaciones relacionadas con la incertidumbre. Finalmente, el *aplicar y evaluar la solución* entraña el verificar hasta qué punto la predicción de los resultados era correcta. La evaluación implica principalmente la observación y el registro de las consecuencias de las acciones. Si el resultado no es satisfactorio, el paciente empieza de nuevo e intenta encontrar una solución mejor. Si el resultado es satisfactorio, finaliza el proceso de solución de problemas. La evaluación de la solución tiene que hacerse frente a criterios que definan el resultado óptimo y no ante criterios que reflejen una disminución de la incertidumbre o de la activación emocional.

**LA EXPOSICIÓN FUNCIONAL COGNITIVA.** La exposición funcional cognitiva se emplea para preocupaciones que se refieren a acontecimientos altamente improbables que no se apoyan en la realidad y que, por consiguiente, no son modificables. Para una descripción completa a paso de nuestro tratamiento de exposición, véase nuestro capítulo sobre el tratamiento de las obsesiones (Freeston y Ladouceur en este volumen). Para los propósitos de este capítulo, describiremos el componente de exposición que es específico a nuestro programa de tratamiento para la preocupación en los sujetos con un TAG, es decir, la técnica de la flecha descendente, y revisaremos brevemente la idea de la prevención de la respuesta encubierta.

El primer paso en la exposición cognitiva para la preocupación en el TAG consiste en identificar la peor imagen sobre la preocupación utilizando la flecha descendente o la técnica de la catastrofización (Beck y Emery, 1985; Burns, 1980; Vasey y Borkovec, 1992). Considerando que la preocupación sirve para evitar las imágenes de amenaza, la identificación de la peor imagen es un paso crucial para la exposición a la preocupación. Básicamente, la catastrofización se lleva a cabo haciendo al paciente una serie de preguntas similares a «Si \_\_\_\_\_ fuera cierto, ¿a qué conduciría?» o «¿Qué significaría eso para ti?». El proceso se repite hasta que el paciente es incapaz de generar otra respuesta o hasta que repite la misma respuesta tres veces consecutivas. Una vez que se ha descrito la imagen final para cada preocupación relevante, el terapeuta ayuda al paciente a colocarlas en un orden jerárquico, desde la menos hasta la más amenazante. De-

bido a que es difícil a menudo lograr inicialmente la exposición funcional, recomendamos empezar con la imagen menos amenazante hasta que el paciente domine la técnica de la exposición.

Una vez que se ha identificado el primer objetivo, el terapeuta ayuda al paciente a desarrollar la imagen hasta que haya detalles suficientes. Luego, el paciente describe la imagen amenazante y se graba en una cinta que da vueltas continuamente para que tenga lugar la exposición repetida con un casete tipo "Walkman". Luego se expone al paciente a la imagen provocadora de ansiedad con la prevención de la respuesta encubierta. Tal como se ha descrito en nuestro capítulo de este libro sobre el tratamiento de las obsesiones, la prevención de la respuesta encubierta implica la identificación y proscripción de toda actividad voluntaria o que conlleve un esfuerzo empleada por el paciente para controlar la imagen, incluyendo las estrategias normales de afrontamiento. Debido a que los sujetos se exponen a sí mismos a imágenes mentales que provocan ansiedad, la exposición cognitiva aborda principalmente la evitación cognitiva y emocional.

#### X.4. *Reevaluación de la valoración de la preocupación*

Como los pacientes con un TAG suelen sobrestimar las ventajas e infraestimar las desventajas del preocuparse (Brown *et al.*, 1993; Ladouceur *et al.*, 1993b; Roemer y Borkovec, 1993), se examina y se reevalúa su valoración de la utilidad del preocuparse. Aunque esta sugerencia no es nueva, deben bosquejarse las directrices específicas de la terapia para la identificación y corrección de la valoración inapropiada de las preocupaciones. En primer lugar, los terapeutas deberían examinar cuidadosamente las respuestas de sus pacientes a los ítems del cuestionario *Why worry?* para identificar las creencias que puedan contribuir a preocupaciones específicas. Es posible que los pacientes con un TAG crean que el preocuparse puede: 1) evitar consecuencias negativas, 2) disminuir la culpa, 3) evitar la frustración, 4) distraerles de preocuparse sobre cosas peores, 5) ayudarles a encontrar una solución o una manera mejor de hacer las cosas, y 6) contribuir al aumento del control sobre sus vidas (Ladouceur *et al.*, 1993b). Creencias como éstas pueden ser reforzadas negativamente, como, por ejemplo, por la no ocurrencia de un acontecimiento negativo. Por consiguiente, la valoración del preocuparse como una actividad cognitiva útil puede contribuir significativamente al mantenimiento de la preocupación. Los clínicos deberían empezar con los ítems que puntúan más alto en el cuestionario de *Why worry?* Luego, deberían ayudar a los pacientes a determinar cuál de las creencias identificadas en el cuestionario se aplican a cada preocupación específica. Los terapeutas pueden preguntar también a los pacientes sobre otras creencias respecto a la utilidad de cada preocupación.

Una vez que se identifican las creencias sobre la utilidad de cada preocupación específica, puede empezar la reevaluación de las creencias. Se deberían utilizar técnicas cognitivas para corregir creencias erróneas sobre las ventajas y desventajas de cada preocupación específica. El cuestionamiento socrático y la comprobación conductual de la hipótesis son especialmente útiles para ayudar a

los pacientes con un TAG a reevaluar la utilidad del preocuparse. Debido a que es posible que todo un conjunto de creencias erróneas contribuya a cada preocupación, los terapeutas deberían ayudar a los pacientes a examinar y corregir las valoraciones de las preocupaciones independientemente de cada preocupación. Puesto que las creencias sobre la utilidad de cada preocupación pueden solaparse en cierto grado, no es rara la generalización de una valoración más apropiada de las preocupaciones. Sin embargo, sigue siendo importante examinar las creencias sobre la utilidad de cada preocupación específica, ya que combinaciones distintas de creencias pueden requerir intervenciones cognitivas diferentes.

Por ejemplo, uno de nuestros pacientes con un TAG informó que sus dos preocupaciones más incontrolables y perturbadoras eran las siguientes: 1) caer gravemente enfermo (p. ej., cáncer, accidente cerebrovascular, etc.) y 2) que un miembro de la familia cayera gravemente enfermo (p. ej., esclerosis múltiple, cáncer, etc.). Creía que las preocupaciones sobre su propia salud eran útiles porque le ayudarían a descubrir las primeras señales de la enfermedad. Si se preocupara menos sobre su salud, podría pasar por alto los primeros síntomas de una enfermedad seria y entonces sería demasiado tarde para tratar la enfermedad. Con el fin de tratar con eficacia estas preocupaciones, el terapeuta utilizó varias técnicas cognitivas para ayudar al paciente a reevaluar la utilidad de estar constantemente preocupado sobre su salud como una forma de prevenir la enfermedad. En cuanto a las preocupaciones del paciente de que un miembro de su familia enfermase gravemente, también las valoraba como muy útiles, pero por otras razones. Creía que si un miembro de la familia cayese enfermo, se sentiría muy culpable si no se hubiera preocupado previamente sobre este discurrir de los acontecimientos. De aquí que el paciente creyera que estas preocupaciones le ayudarían a reducir los futuros sentimientos de culpa y de vergüenza. Alegaba también que el no preocuparse sobre esta eventualidad significaría que no se preocupaba lo suficiente sobre los miembros de su familia. Por consiguiente, aunque las dos principales preocupaciones específicas del paciente estaban relacionadas con la enfermedad, sus creencias sobre la utilidad de cada preocupación eran muy diferentes. En cuanto opuesto al preocuparse sobre su propia salud, el paciente no creía que el preocuparse por la salud de los miembros de su familia evitase que cayesen gravemente enfermos detectando los síntomas de modo temprano. Sin embargo, creía que el preocuparse sobre su salud probaba que se preocupaba por su familia y le ayudaría también a reducir los sentimientos últimos de culpa.

En conclusión, la reevaluación de las ventajas y desventajas de cada preocupación específica es un importante componente del tratamiento. Aunque la reevaluación de las creencias que contribuyen a una preocupación puede generalizarse, en algunos casos, a otras preocupaciones, los terapeutas no deberían pasar esto por alto y tendrían que examinar las creencias específicas sobre cada preocupación, con el fin de optimizar la eficacia del tratamiento. Como sugiere el sentido común, si los pacientes con un TAG creen que una preocupación específica es útil, serán más reacios a abandonarla.

## XI. LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO

Los paquetes de tratamiento para el TAG han producido generalmente beneficios variables y limitados (Dugas *et al.*, en prensa). Los pacientes mejoran, pero el preocuparse sigue siendo excesivo, a menudo, y los síntomas somáticos no se eliminan totalmente. Creemos que los paquetes de tratamiento que tienen como objetivo directo la preocupación en el TAG pueden ofrecer ventajas importantes. Además, avances teóricos y clínicos recientes apuntan a dos estrategias básicas de tratamiento. En primer lugar, el entrenamiento en solución de problemas adaptado parece ser básico para abordar el componente de la preocupación, que proviene de la intolerancia ante la incertidumbre. En segundo lugar, la exposición funcional cognitiva permitirá a los clínicos reducir la intolerancia de la activación emocional al plantear como objetivo el componente evitador del preocuparse. La evaluación inicial de nuestro paquete de tratamiento está en curso en estos momentos y los resultados se encontrarán pronto disponibles.

## REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3ª edición) (DSM-III). Washington, D. C.: APA.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª edición) (DSM-IV). Washington, D. C.: APA.
- Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Nueva York: Guilford.
- Barlow, D. H., Blanchard, E. B., Vermilyea, B. B. y Di Nardo, P. A. (1986). Generalized anxiety and generalized anxiety disorder: Description and reconceptualization. *American Journal of Psychiatry*, 143, 40-44.
- Barlow, D. H., Cohen, A. S., Waddell, M., Vermilyea, B. B., Klosko, J. S., Blanchard, E. B. y Di Nardo, P. A. (1984). Panic and generalized anxiety disorders: Nature and treatment. *Behavior Therapy*, 15, 431-449.
- Barlow, D. H., Rapee, R. M. y Brown, T. A. (1992). Behavioral treatment of generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 23, 551-570.
- Beck, A. T. y Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Nueva York: Basic Books.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. y Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.



- Blais, F., Ladouceur, R., Dugas, M. J. y Freeston, M. H. (1993, noviembre). *Résolution de problèmes et inquiétudes: Distinction clinique* [Problem solving and worry: Clinical distinction]. Informe presentado en la conferencia anual de la Société Québécoise pour la Recherche en Psychologie, Quebec, Canadá.
- Borkovec, T. D. (1985). Worry: A potentially valuable concept. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 481-482.
- Borkovec, T. D. y Costello, J. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 611-619.
- Borkovec, T. D. y Hu, S. (1990). The effect of worry on cardiovascular response to phobic imagery. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 69-73.
- Borkovec, T. D. e Inz, J. (1990). The nature of worry in generalized anxiety disorder: A predominance of thought activity. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 153-158.
- Borkovec, T. D. y Lyonfields, J. D. (1993). Worry: Thought suppression of emotional processing. En H. W. Kroebe (dir.), *Attention and avoidance*. Seattle: Hogrefe and Huber.
- Borkovec, T. D., Lyonfields, J. D., Wiser, S. L. y Deihl, L. (1993). The role of worrisome thinking in the suppression of cardiovascular response to phobic imagery. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 321-324.
- Borkovec, T. D., Robinson, E., Pruzinsky, T. y DePree, J. A. (1983a). Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 9-16.
- Borkovec, T. D., Shadick, R. N. y Hopkins, M. (1991). The nature of normal and pathological worry. En R. M. Rapee y D. H. Barlow (dirs.), *Chronic anxiety: Generalized anxiety disorder and mixed anxiety-depression*. Nueva York: Guilford.
- Borkovec, T. D., Wilkinson, L., Folensbee, R. y Lerman, C. (1983b). Stimulus control applications to the treatment of worry. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 247-251.
- Bourque, P. y Beaudette, D. (1982). Étude psychométrique du questionnaire de dépression de Beck auprès d'un échantillon d'étudiants universitaires francophones. [Psychometric study of the Beck Depression Inventory with French-Canadian university students]. *Revue Canadienne des Sciences de Comportement*, 14, 211-218.
- Bradwejn, J., Berner, M. y Shaw, B. (1992). *Malade d'inquiétude: Guide du médecin pour le traitement et le counseling* [Sick of worrying: Doctor's guide for treatment and counselling]. Montreal, Quebec: Grosvenor.
- Breslau, N. y Davis, G. C. (1985). DSM-III generalized anxiety disorder: An empirical investigation of more stringent criteria. *Psychiatry Research*, 14, 231-238.
- Brown, T. A., Antony, M. M. y Barlow, D. H. (1992). Psychometric properties of the Penn state worry questionnaire in a clinical anxiety disorders sample. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 33-37.
- Brown, T. A. y Barlow, D. H. (1992). Comorbidity among anxiety disorders: implications for treatment and DSM-IV. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 835-844.
- Brown, T. A., Di Nardo, P. A. y Barlow, D. H. (1994). *Anxiety disorders interview schedule for DSM-IV*. Albany, Nueva York: Graywind.
- Brown, T. A., O'Leary, T. A. y Barlow, D. H. (1993). Generalized anxiety disorder. En D. H. Barlow (dir.), *Clinical handbook of psychological disorders*. Nueva York: Guilford.
- Burns, D. D. (1980). *Feeling good: The new mood therapy*. Nueva York: New American Library.

- Butler, G., Cullington, A., Hibbert, G., Klimes, I. y Gelder, M. (1987). Anxiety management for persistent generalized anxiety. *British Journal of Psychiatry*, 151, 535-542.
- Butler, G., Fennell, M., Robson, P. y Gelder, M. (1991). A comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 167-175.
- Butler, G. y Mathews, A. (1983). Cognitive processes in anxiety. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 5, 51-62.
- Butler, G. y Mathews, A. (1987). Anticipatory anxiety and risk perception. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 551-565.
- Butler, G., Wells, A. y Dewick, H. (junio de 1992). *Differential effects of worry and imagery after exposure to a stressful stimulus*. Comunicación presentada en el World Congress of Cognitive Therapy, Toronto, Canadá.
- Craske, M. G., Barlow, D. H. y O'Leary, T. (1992). *Mastery of your anxiety and worry*. Albany, Nueva York: Graywind.
- Craske, M. G., Rapee, R. M., Jackel, L. y Barlow, D. H. (1989). Qualitative dimensions of worry in DSM-III-R generalized anxiety disorder subjects and nonanxious controls. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 397-402.
- D'Zurilla, T. J. y Nezu, A. M. (1990). Development and preliminary evaluation of the Social problem-solving inventory. *Psychological Assessment*, 2, 156-163.
- Davey, G. C. L. (1994). Worrying, social problem solving abilities, and problem-solving confidence. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 327-330.
- De Ruiter, C., Ruken, H., Garssen, B., Van Schaik, A. y Kraaimaat, F. (1989). Comorbidity among the anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 3, 57-68.
- Di Nardo, P. A., Moras, K., Barlow, D. A., Rapee, R. M. y Brown, T. A. (1993). Reliability of DSM-III-R anxiety disorder categories. *Archives of General Psychiatry*, 50, 251-256.
- Dugas, M. J., Freeston, M. H., Blais, F. y Ladouceur, R. (1994a, noviembre). *Anxiety and depression in GAD patients, high and moderate worriers*. Comunicación presentada en la reunión anual de la Association for the Advancement of Behavior Therapy, San Diego, California.
- Dugas, M. J., Freeston, M. H., Lachance, S., Provencher, M. y Ladouceur, R. (1995a, julio). *The "Worry and anxiety questionnaire": Initial validation in non-clinical and clinical samples*. Comunicación presentada en el World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies, Copenhagen, Dinamarca.
- Dugas, M. J., Freeston, M. H., Doucet, C., Provencher, M. y Ladouceur, R. (1995b, noviembre). *Intolerance of uncertainty and thought suppression in worry*. Comunicación presentada en la reunión anual de la Association for the Advancement of Behavior Therapy, Washington, D. C.
- Dugas, M. J., Freeston, M. H. y Ladouceur, R. (1994b, noviembre). *The nature of worry*. Comunicación presentada en la reunión anual de la Association for the Advancement of Behavior Therapy, San Diego, California.
- Dugas, M. J., Ladouceur, R., Boisvert, J.-M. y Freeston, M. H. (en prensa). *Le trouble d'anxiété généralisée: Éléments fondamentaux et interventions psychologiques* [Generalized Anxiety Disorder: Fundamental elements and psychological interventions]. *Psychologie Canadienne*.
- Dugas, M. J., Ladouceur, R. y Freeston, M. H. (1995c, julio). *Worry: The contribution of intolerance of uncertainty, problem solving and worry appraisal*. Comunicación presentada en el World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies, Copenhagen, Dinamarca.
- Dugas, M. J., Letarte, H., Rhéaume, J., Freeston, M. H. y Ladouceur, R. (1995d). Worry

- and problem solving: Evidence of a specific relationship. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 109-120.
- Durham, R. C. y Turvey, A. A. (1987). Cognitive therapy vs behavior therapy in the treatment of chronic generalized anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 229-234.
- Eysenck, M. W., MacLeod, C. y Mathews, A. (1987). Cognitive functioning and anxiety. *Psychological Research*, 49, 189-195.
- Eysenck, M. W., Mogg, K., May, J., Richards, A. y Mathews, A. (1991). Bias in interpretation of ambiguous sentences related to threat in anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 144-150.
- Eysenck, M. W. y Van Berkum, J. (1992). Trait anxiety, defensiveness, and the structure of worry. *Personality and Individual Differences*, 13, 1285-1290.
- Foa, E. B. y Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Freeston, M. H., Dugas, M. J. y Ladouceur, R. (1995, julio). *The social basis of worry*. Comunicación presentada en el World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies, Copenhague, Dinamarca.
- Freeston, M. H., Dugas, M. J. y Ladouceur, R. (1994a, noviembre). *Thoughts, images, worry, and anxiety*. Comunicación presentada en la reunión anual de la Association for the Advancement of Behavior Therapy, San Diego, California.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Thibodeau, N., Gagnon, F. y Rhéaume, J. (1994b). L'inventaire d'anxiété de Beck: Propriétés psychométriques d'une traduction française [The Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties of a french translation]. *L'Encéphale*, XX, 47-55.
- Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J. y Ladouceur, R. (1994c). Why do people worry? *Personality and Individual Differences*, 17, 791-802.
- Hoehn-Saric, R., McLeod, D. R. y Zimmerli, W. D. (1988). Differential effects of alprazolam and imipramine in generalized anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry*, 49, 293-301.
- Jannoun, L., Oppenheimer, C. y Gelder, M. (1982). A self-help treatment for anxiety state patients. *Behavior Therapy*, 13, 103-111.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.-U. y Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Krohne, H. W. (1989). The concept of coping modes: Relating cognitive person variables to actual coping behavior. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 11, 235-247.
- Krohne, H. W. (1993). Vigilance and cognitive avoidance as concepts in coping research. En H. W. Krohne (dir.), *Attention and avoidance*. Seattle: Hogrefe and Huber.
- Ladouceur, R., Fontaine, O. y Cottraux, J. (1993a). *Thérapie comportementale et cognitive* [Behavioral and cognitive therapy]. Paris: Masson.
- Ladouceur, R., Freeston, M. H. y Dugas, M. J. (1993b, noviembre). *L'intolérance à l'incertitude et les raisons pour s'inquiéter dans le Trouble d'anxiété généralisée* [Intolerance of uncertainty and reasons for worrying in Generalized Anxiety Disorder]. Comunicación presentada en la reunión anual de la Société Québécoise pour la Recherche en Psychologie, Quebec.
- Ladouceur, R., Freeston, M. H., Gagnon, F., Thibodeau, N. y Dumont, J. (1993c). Idiographic considerations in the behavioral treatment of obsessional thoughts. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 24, 301-310.

- Ladouceur, R., Freeston, M. H., Gagnon, F., Thibodeau, N. y Dumont, J. (1994). Cognitive-behavioral treatment of obsessions. *Behavior Modification*, 19, 247-257.
- Letarte, H., Freeston, M. H., Rhéaume, J. y Ladouceur, R. (1995). *Dispositional worry, beliefs, and self-focused attention*. Manuscrito enviado para publicación.
- Lindsay, W. R., Gamsu, C. V., McLaughlin, E., Hood, E. M. y Espie, C. A. (1987). A controlled trial of treatments for generalized anxiety. *British Journal of Clinical Psychology*, 26, 3-15.
- Lovibond, P. F. y Rapee, R. M. (1993). The representation of feared outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 595-608.
- MacLeod, C. y Mathews, A. (1988). Anxiety and the allocation of attention to threat. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 4, 653-670.
- MacLeod, A. K., Williams, M. G. y Bekerian, D. A. (1991). Worry is reasonable: The role in pessimism about future personal events. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 478-486.
- Mathews, A. (1990). Why worry? The cognitive function of anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 455-468.
- Mathews, A., Mogg, K., May, J. y Eysenck, M. (1989). Implicit and explicit memory bias in anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 236-240.
- Metzger, R. L., Miller, M. L., Cohen, M., Sofka, M. y Borkovec, T. D. (1990). Worry changes decision making: The effect of negative thoughts on cognitive processing. *Journal of Clinical Psychology*, 46, 78-88.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L. y Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn state worry questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 487-496.
- Nezu, A. M. y D'Zurilla, T. J. (1989). Social problem solving and negative affective conditions. En P. C. Kendall y D. Watson (dirs.), *Anxiety and depression*. San Diego: Academic.
- Noyes, R., Woodman, C., Garvey, M. J., Cook, B., Suelzer, M., Clancy, J. y Anderson, D. J. (1992). Generalized anxiety disorder versus Panic disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 369-379.
- O'Leary, T. A., Brown, T. A. y Barlow, D. H. (1992, noviembre). *The efficacy of worry control treatment in generalized anxiety disorder: A multiple baseline analysis*. Comunicación presentada en la reunión anual de la Association for the Advancement of Behavior Therapy, Boston, Massachusetts.
- Rapee, R. M. (1991). Generalized anxiety disorder: A review of clinical features and theoretical concepts. *Clinical Psychology Review*, 11, 419-440.
- Roemer, L. y Borkovec, T. D. (1993). Worry: Unwanted cognitive activity that controls unwanted somatic experience. En D. M. Wegner y J. W. Pennebaker (dirs.), *Handbook of mental control*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Roemer, L., Borkovec, M., Posa, S. y Lyonfields, J. (1991a, noviembre). *Generalized anxiety disorder in an analogue population: The role of past trauma*. Comunicación presentada en la reunión anual de la Association for the Advancement of Behavior Therapy, Nueva York, NY.
- Roemer, L., Posa, S. y Borkovec, T. D. (1991b, noviembre). *A self-report measure of generalized anxiety disorder*. Comunicación presentada en la reunión anual de la Association for the Advancement of Behavior Therapy, Nueva York, NY.
- Sanderson, W. C. y Barlow, D. H. (1990). A description of patients diagnosed with DSM-III-R generalised anxiety disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 588-591.
- Sanderson, W. C. y Beck, A. T. (1991, noviembre). *Cognitive therapy of generalized an-*



- xiety disorder: A naturalistic study. Comunicación presentada en la reunión anual de la Association for the Advancement of Behavior Therapy, Nueva York, NY.
- Sanderson, W. C., Beck, A. T. y Beck, J. (1990). Syndrome comorbidity in patients with major depression or dysthymia: Prevalence and temporal relationships. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1025-1028.
- Sanderson, W. C., Di Nardo, P. A., Rapee, R. M. y Barlow, D. H. (1990). Syndrome comorbidity in patients diagnosed with a DSM-III-Revised anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 308-312.
- Shadick, R. N., Roemer, L., Hopkins, M. B. y Borkovec, T. D. (1991, noviembre). *The nature of worrisome thoughts*. Comunicación presentada en la reunión anual de la Association for the Advancement of Behavior Therapy, Nueva York, NY.
- Tallis, F. (1989). *Worry: A cognitive analysis*. Tesis doctoral sin publicar. Universidad de Londres.
- Tallis, F., Eysenck, M. y Mathews, A. (1991). Elevated evidence requirements and worry. *Personality and Individual Differences*, 12, 21-27.
- Vasey, M. W. y Borkovec, T. D. (1992). A catastrophizing assessment of worrisome thoughts. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 505-520.
- Wegner, D. y Zanakos, S. (1992, noviembre). Individual differences in thought suppression and obsessional thinking. En R. J. McNally (presid.), *Cognitive aspects of obsessive-compulsive disorder*. Symposium celebrado en la reunión anual de la Association for the Advancement of Behavior Therapy, Boston, Massachusetts.
- Wells, A. (1994). Attention and the control of worry. En G. C. L. Davey y F. Tallis (dirs.), *Worrying: perspectives on theory, assessment and treatment*. Chichester: Wiley.
- White, J., Keenan, M. y Brooks, N. (1992). Stress control: A controlled comparative investigation of large group therapy for generalized anxiety disorder. *Behavioural Psychotherapy*, 20, 97-113.
- Williams, J. B. W., Gibbon, M., First, M. B., Spitzer, R. L., Davies, M., Borus, J., Hewes, M. J., Kane, J., Pope, H. G., Rounsaville, B. y Wittchen, H. (1992). The structured clinical interview for DSM-III-R (SCID), II: Multisite test-retest reliability. *Archives of General Psychiatry*, 49, 630-636.

## LECTURAS PARA PROFUNDIZAR

- Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Nueva York: Guilford.
- Borkovec, T. D., Shadick, R. N. y Hopkins, M. (1991). The nature of normal and pathological worry. En R. M. Rapee y D. H. Barlow (dirs.), *Chronic anxiety: Generalized anxiety disorder and mixed anxiety-depression*. Nueva York: Guilford.
- Brown, T. A., O'Leary, T. A. y Barlow, D. H. (1993). Generalized anxiety disorder. En D. H. Barlow (dir.), *Clinical handbook of psychological disorders* (2ª edición). Nueva York: Guilford.
- Craske, M. G., Barlow, D. H. y O'Leary, T. (1992). *Mastery of your anxiety and worry*. Albany, Nueva York: Graywind.
- Rapee, R. M. (1995). Trastorno por ansiedad generalizada. En V. E. Caballo, G. Buela-Casal y J. A. Carrobbles (dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*, vol. 1. Madrid: Siglo XXI.

## 8. ENTRENAMIENTO EN EL MANEJO DE LA ANSIEDAD GENERALIZADA

JERRY L. DEFFENBACHER

## I. INTRODUCCIÓN

Este capítulo se centra en la aplicación del entrenamiento en el manejo de la ansiedad (EMA)<sup>1</sup> (*anxiety management training*, AMT) para la disminución de la ansiedad tanto específica como general, con referencia especial a esta última. Empieza con una breve descripción del trastorno por ansiedad generalizada (TAG) que, a su vez, está asociado a la historia y desarrollo del EMA. Luego se revisa la literatura empírica que apoya el empleo del EMA con la ansiedad y con otros trastornos emocionales y psicofisiológicos, para concluir que el EMA tiene un apoyo empírico sólido. La mayor parte del capítulo se dedica a describir los procedimientos del EMA con un paciente individual, de modo que el clínico pueda aplicar el EMA a sus propios pacientes. El esquema del EMA individual va acompañado con apartados sobre adaptaciones a un formato de grupo para la aplicación del EMA y de cómo el EMA puede integrarse con otras intervenciones.

## II. CARACTERÍSTICAS DEL TRASTORNO POR ANSIEDAD GENERALIZADA (TAG)

Los individuos con un trastorno por ansiedad generalizada (TAG) se caracterizan por presentar síntomas de ansiedad y preocupación crónicos, experimentando una falta de control sobre las preocupaciones. Según los criterios diagnósticos del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* — 4ª edición (DSM-IV) (APA, 1994)—, la ansiedad y la preocupación tienen que estar más días presentes que ausentes durante un período de seis meses y encontrarse asociadas con tres o más de seis síntomas, como inquietud, fatigarse fácilmente, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y perturbaciones del sueño.

A veces el individuo con un TAG experimenta expectativas y temores difusos, vagos y negativos. En otros sujetos, las preocupaciones se centran y definen mucho más, a menudo acerca del fracaso interpersonal, incapacidad en áreas

Colorado State University (EE UU).

La preparación de este capítulo fue financiada, en parte, por el Tri-Ethnic Center for Study of Drug Abuse Prevention grant #P50DA0707.

<sup>1</sup> Se ha traducido *anxiety management training* (AMT) por "entrenamiento en el manejo de la ansiedad" (EMA), aunque quizás otra traducción correcta hubiera sido "entrenamiento en el control de la ansiedad". No obstante, esta última expresión es más general y no ofrece la especificidad de la expresión EMA considerada en este capítulo equivalente a la expresión en inglés AMT [Nota del T.].

# Validación empírica de modelos teóricos y tratamientos cognitivo-conductuales para el Trastorno de Ansiedad Generalizada

Giselle Vetere

Psicóloga. Residente Hospital Dr. Cosme Argerich, Ciudad de Bs. As. Docente Clínica Psicológica y Psicoterapias, Cat II, Facultad de Psicología. UBA. Colombres 535, Dto 2. Lomas de Zamora. Bs. As. CP (1832). Tel. 4292-5476. E-Mail: gisellevetere@hotmail.com

Ricardo Rodríguez Biglieri

Psicólogo. Jefe de Trabajos Prácticos Clínica Psicológica y Psicoterapias, Cat II, Facultad de Psicología. UBA.

## Introducción

El trastorno de ansiedad generalizada fue incluido como un trastorno de ansiedad en los sistemas de clasificación en el año 1980, momento en el cual se constituyó como una categoría residual(1). En aquel entonces los síntomas debían tener una duración de por lo menos un mes, y cumplir al menos tres de cuatro categorías (tensión motora, hiperactivación, hipervigilancia y expectativa ansiosa). Los criterios diagnósticos fueron sufriendo diversas modificaciones a lo largo de las sucesivas ediciones de los sistemas oficiales de clasificación(1, 2, 3) y con ellos también han ido modificándose los tratamientos específicos para este trastorno. Recién en 1987 con el advenimiento del DSM III-R(2) se identificó una característica específica del trastorno de ansiedad generalizada que continúa siendo actualmente el criterio clave: "preocupación excesiva y/o irracional" y que condujo a un vuelco significativo en los tratamientos desarrollados. Hasta ese momento, la mayoría de las intervenciones psicoterapéuticas tenían un corte conductual y apuntaban a controlar y reducir la ansiedad en sí misma, mediante procedimientos como el entrenamiento en el manejo de la ansiedad. Las mismas tenían una eficacia mucho menor a la reportada para otros trastornos, viéndose beneficiados cerca de un

tercio de los pacientes tratados. Más tarde, con la introducción de la preocupación como criterio diagnóstico clave -criterio propiamente cognitivo- los modelos de tratamiento fueron modificándose y ganando eficacia, la cual aún hoy en día continúa siendo pobre. En 1994, con la edición del DSM IV(3), el criterio clave siguió siendo el mismo, con el agregado de la incapacidad para controlar la preocupación. Por otra parte, los síntomas necesarios para realizar el diagnóstico se redujeron considerablemente, pasando de ser 6 de una lista de 18 en el DSM III R(2), a 3 de una lista de 6 en el presente. Los síntomas acompañantes hace referencia a tensión muscular, fatiga, inquietud o impaciencia, dificultades para concentrarse o tener la mente en blanco, alteraciones del sueño, irritabilidad (DSM IV)(3). La mejor definición contribuyó a la homogeneización de los pacientes incluidos en esta categoría y facilitó el desarrollo de investigaciones sobre el tema(29), es por este motivo que sólo se tomaran los estudios realizados en los últimos diez años.

Actualmente, si bien se cuenta con diversos modelos teóricos sobre el TAG, los protocolos de tratamiento se basan en modelos cuyas premisas apenas son sustentadas en escasas investigaciones(5, 9, 30, 44, 55, 56).

Se hará un repaso sobre aquellos modelos que han sometido a investigación sus hipótesis teóricas, o bien la

## Resumen

El presente trabajo consiste en un análisis de los estudios de eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales para el Trastorno de Ansiedad Generalizada, así como de los supuestos teóricos que subyacen a los mismos. A tal fin se analizan los estudios realizados durante los últimos diez años que hayan evaluado la eficacia de distintos tratamientos para dicho trastorno, éstos han sido agrupados de acuerdo a los supuestos teóricos que los sustentan, y finalmente, se analizarán las investigaciones realizadas a cerca de éstos supuestos. La estrategia utilizada consiste en una búsqueda bibliográfica de los trabajos disponibles en las bases de datos MedLine, EBSCO, PubMed y PsycLIT. Los distintos estudios reportan índices de eficacia con una gran variabilidad, (entre el 45 y el 77%); el grado de validación teórica también varía ampliamente entre los distintos modelos de intervención. Se discuten las implicancias de los resultados en relación con las recomendaciones terapéuticas, así como de las hipótesis teóricas que, apenas investigadas, podrían arrojar luz al entendimiento del trastorno.

Palabras clave: Trastorno de Ansiedad Generalizada - Tratamiento Cognitivo-Conductual - Eficacia - Modelos Teóricos.

## EMPIRICAL VALIDATION OF THEORETICAL MODELS AND COGNITIVE BEHAVIORAL TREATMENTS FOR GENERALIZED ANXIETY DISORDER

### Summary

The present article reviews cognitive-behavioral treatments efficacy studies for Generalized Anxiety Disorder, as well as theoretical suppositions that underlie such treatment models. Efficacy studies, carried out during the last ten years, are analyzed. They have been grouped according to theoretical models. Finally, the investigations that test this theoretical hypothesis are analyzed. The search was carried out in MedLine, EBSCO, PubMed and PsycLIT databases. The efficacy reported showed a great variability of outcomes, which varied from 45 to 77%. The degree of theoretical validation also varies thoroughly among different intervention models. Findings implications regarding therapeutic recommendations are discussed, as well as theoretical hypotheses that, hardly investigated, could improve our understanding of the disorder.

Key words: Generalized Anxiety Disorder - Cognitive Behavior Therapy - Efficacy - Theoretical Models

eficacia del tratamiento basado en las mismas, a fin de reflejar lo más exactamente posible el estado de la cuestión en el tratamiento del TAG.

La información utilizada para este estudio fue obtenida en las bases de datos electrónicas de MedLine, PubMed, EBSCO y PsycLIT. Las palabras claves empleadas a tal fin fueron: "Generalized anxiety disorder", "Generalized anxiety disorder treatment", "Randomized controlled trial for Generalized anxiety disorder".

Los estudios serán ordenados en función del modelo teórico que subyace al tratamiento, así como por el orden cronológico en que fueron desarrolladas.

### Intervenciones Conductuales

El modelo conductual del TAG postula que la ansiedad es el resultado de un condicionamiento clásico. Ésta aparecería como respuesta a un estímulo, a la vez que actuaría luego como estímulo sobre respuestas(25). La señal de temor, asociada por condicionamiento a un estímulo inocuo, se expandiría cada vez más hacia otros estímulos mediante un mecanismo de generalización. A diferencia de lo que ocurre con las fobias específicas, en el TAG no existe un estímulo único que desencadene la señal de alarma, sino que una gran diversidad de situaciones puede gatillar la respuesta ansiosa. Por este motivo, la intervención conductual clásica de desensibilización sistemática, tan exitosa en otros trastornos de ansiedad, resultó inadecuada para el TAG. Las intervenciones propuestas tienden a utilizar estrategias de control de la ansiedad, se basan en la teoría del impulso sobre la ansiedad, y postulan que si una persona aprende a identificar las primeras señales de ansiedad, puede entonces poner en práctica técnicas para su reducción y de este modo mantenerla controlada. El entrenamiento en el manejo de la ansiedad había mostrado buenos resultados en el tratamiento de ansiedad situacional en varios estudios(26, 27, 28, 48), y en algunos realizados para el TAG entendido sobre la base del DSM-III(18). Cabe recordar que en ese entonces los criterios diagnósticos diferían de los actuales, entre ellos el criterio de duración lo establecía como un cuadro agudo, siendo que hoy día se lo considera un trastorno crónico. Es por este motivo que de dichas investigaciones no puede concluirse eficacia sobre el cuadro que hoy llamamos TAG.

Para el trastorno tal como lo entendemos actualmente se han encontrado cuatro ensayos clínicos evaluando la eficacia de estos modelos. El primero de ellos, conducido por Durham(34) comparó la eficacia de la terapia cognitiva (TC), la terapia analítica y el entrenamiento en el manejo de ansiedad. El siguiente, realizado por Ost y Breitholtz(45) comparó la eficacia de la relajación aplicada (RA) y la TC. Más adelante, en un estudio conducido por Borkovec, Newman, Pincus y Lytle(10), pacientes con TAG recibieron una de tres intervenciones: a) Relajación aplicada y desensibilización auto controlada, b) Terapia cognitiva (TC) y c) una combinación de estos métodos. Finalmente, Arntz(4) llevó a cabo un ensayo

**Tabla 1**  
**Características generales de los distintos modelos Conductuales, Cognitivos Estándar y Metacognitivos del TAG**

<b>Modelo Conductual</b>	<b>Modelos Cognitivos Estándar</b>	<b>Modelos Metacognitivos</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansiedad como producto de condicionamiento clásico.</li> <li>• Generalización de los estímulos asociados a la respuesta ansiosa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preocupación como estrategia de evitación cognitiva o de afrontamiento (bloqueo del procesamiento emocional).</li> <li>• Ansiedad como producto de la ecuación: Sobrestimación de la amenaza y Subestimación de las capacidades de afrontamiento.</li> <li>• Dificultades de los pacientes en la resolución de problemas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intolerancia a la incertidumbre y a la activación emocional.</li> <li>• Inadecuada orientación al problema.</li> <li>• Preocupación como estrategia de aproximación/evitación cognitiva (Bloqueo del procesamiento emocional).</li> <li>• Creencias positivas respecto de la preocupación.</li> <li>• Creencias negativas respecto de la preocupación.</li> </ul>

con 45 pacientes que fueron asignados aleatoriamente a una de dos condiciones: TC o RA.

Los resultados mostraron la eficacia de los tratamientos de corte conductual en un 50 a 60% de los casos; no obstante el valor conclusivo de estos estudios es muy limitado dado que no cuentan con grupo control.

En la búsqueda se encontró tan solo un estudio controlado evaluando eficacia de intervenciones conductuales. El mismo fue realizado por Borkovec y Costello(9), quienes compararon terapia no directiva (considerada como condición de grupo control), relajación aplicada (RA) y Terapia Cognitiva Conductual (TCC) sobre un total de 55 pacientes. Los resultados mostraron que tanto la relajación aplicada como la TCC fueron claramente superiores a la terapia no directiva. Si bien en el postratamiento no se hallaron diferencias significativas entre RA y TCC, en el seguimiento, a los 12 meses, los pacientes de ambos grupos mantuvieron las ganancias. No obstante el 57,9% de los pacientes que recibieron TCC mostraron nuevas mejorías en comparación al 37,5% de los pacientes en RA.

En conclusión, contamos con un único estudio controlado que evalúa la eficacia de las intervenciones puramente conductuales en pacientes con TAG diagnosticados de acuerdo a los criterios actuales. La escasa investigación al respecto hace que el poder conclusivo sobre la eficacia de estas intervenciones sea limitado. No obstante, sobre la base de los datos obtenidos, podría sostenerse que estas intervenciones podrían producir resultados positivos en alrededor del 50% de los pacientes tratados, si bien se necesitaría dilucidar si estos logros se mantienen en el tiempo.

### Intervenciones Cognitivas estándar o Cognitivo-Conductuales

Desde la terapia cognitiva estándar se postula que la ansiedad surge al interpretar situaciones como peligrosas o amenazantes, independientemente de que se trate de situaciones que entrañan un riesgo real o no. La ansiedad se

entiende como producto de la ecuación entre la probabilidad de la amenaza percibida y la capacidad de afrontamiento de la misma. Quienes padecen de TAG tenderían a exagerar la probabilidad de concretización de las amenazas, tomando como amenazantes situaciones ambiguas o inciertas, a la vez que subestimarían sus capacidades para lidiar o afrontar dicha situación temida(7).

En una serie de estudios se concluyó que los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada sobreestiman la probabilidad de que les ocurran eventos negativos(16, 17). No obstante, estos resultados son contradictorios con los hallados por Craske et al(24), quien al comparar las preocupaciones en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada y controles sólo encontró diferencias respecto a la incontrolabilidad de las mismas.

Quienes han diseñado estos modelos cognitivos para el TAG han realizado numerosas investigaciones sobre las características de la preocupación. Se considera que la misma es una actividad predominantemente verbal, dirigida a la resolución de problemas, que conlleva un afecto negativo. Ésta, para desarrollarse, necesita de la atención sostenida de quien se preocupa, lo cual marca enormes diferencias respecto a los pensamientos automáticos y las obsesiones(51; 59).

Dado que el supuesto principal para el modelo en cuestión es que la probabilidad de la amenaza se sobrestima, a la vez que se subestima la capacidad de resolución de la misma, la estrategia central es la reestructuración cognitiva, que apunta tanto a cuestionar la probabilidad de ocurrencia del suceso temido como a aumentar la percepción de control de la situación por parte del paciente. A su vez, se ha sostenido que la interpretación catastrófica de las situaciones llevaría a dificultades en la resolución de problemas. Este es el motivo por el cual diversos manuales de tratamiento incluyen el entrenamiento en solución de problemas como componente específico(15). No obstante, en un estudio realizado por Tallis(50), se concluye que más del 83% de las personas logran soluciones razonables a sus problemas mediante el uso de la preocupación. Finalmente, Borkovec & Inz(8) han propuesto que la preocupación podría ser utilizada por los pacientes con TAG como estrategia de evitación cognitiva de pensamientos con mayor carga afectiva. Este uso de la preocupación conduciría al bloqueo del procesamiento emocional de los estímulos evitados. Diversos estudios mostraron que el uso de la preocupación como medio de evitación de pensamientos o imágenes más temidas reduce las sensaciones fisiológicas de ansiedad, a la vez que incrementa posteriormente las intrusiones sobre aquellos temas evitados(8, 20, 57). En esta idea se sustenta la utilización de técnicas de exposición, no para desensibilizar al paciente, sino para desbloquear el procesamiento emocional(15). Si el paciente intentara evitar pensamientos temidos preocupándose y esto redujera su malestar de modo inmediato, pero incrementara la frecuencia de los mismos, se vería envuelto en un círculo vicioso en el cual cuanto más evita más frecuente se torna aquello que teme. Esta estrategia llevaría al uso excesivo de la preocupación y tal vez a la sensación de incontrolabilidad de la misma.

Se han hallado cuatro ensayos clínicos que evalúan la eficacia de este modelo de tratamiento; los mismos se han mencionado anteriormente(4, 10, 34, 45). De éstos cabe recordar que los modelos de intervención cognitiva estándar muestran eficacia entre el 50 al 62% de los casos tratados, con tendencia a presentar mejorías en

los seguimientos a los 6 y 12 meses.

En relación a los estudios controlados, se hallaron tres, uno no aleatorio y dos aleatorios.

En el primero, Stanley et al(47) compararon terapia cognitivo conductual (TCC) con una intervención que establecía un control mediante un contacto mínimo con el paciente en 85 adultos mayores. Los pacientes bajo la condición de TCC mejoraron significativamente en comparación con el grupo control. El 45% de los pacientes en condición activa mostró una buena respuesta al tratamiento comparado con el 8% en el grupo control, resultados que se mantuvieron en el seguimiento a un año.

De los estudios controlados aleatorios, el primero de ellos, conducido por Borkovec y Costello(9), fue descrito anteriormente. No obstante, se detallarán aquí algunas características de las intervenciones efectuadas. En este estudio, se comparó terapia no directiva (control), relajación aplicada, y TCC. La relajación aplicada se compuso de entrenamiento en relajación muscular progresiva y respiración lenta. La TCC incluyó elementos de relajación aplicada (RA) así como de desensibilización (exposición) como estrategia de afrontamiento y desbloqueo del procesamiento emocional, y reestructuración cognitiva, esta última buscaba modificar la interpretación catastrófica de los pacientes. Los resultados al finalizar el tratamiento fueron similares para RA y TCC, con índices de mejoría significativamente mayores al control. Si bien en el seguimiento al año los pacientes de ambos grupos mantuvieron las ganancias, 57,9% de quienes recibieron TCC obtuvieron nuevas mejorías, en comparación al 37,5% de aquellos que recibieron RA. Estos resultados podrían sugerir que la exposición a situaciones temidas y/o la reestructuración cognitiva podrían ser elementos específicos del tratamiento para el TAG.

El segundo estudio, conducido en 2003 por Wetherell, Gatz y Craske(60), evaluó una intervención grupal para adultos mayores. Un total de 75 adultos mayores con TAG fueron asignados aleatoriamente a 3 grupos: TCC, grupo de discusión y lista de espera. Los pacientes que recibieron TCC mostraron una mejoría mayor al grupo de discusión.

Las últimas investigaciones consignadas han sido realizadas con un diseño metodológico adecuado, por lo tanto el valor conclusivo de las mismas es elevado. Los índices de eficacia reportados para este modelo de intervención se ubican entre el 50 y 62%, y muestran una tendencia al incremento de las mejorías luego de finalizado el tratamiento.

#### **Intervenciones Cognitivas con elementos Metacognitivos**

A mediados de los años '90 se comenzaron a incluir en algunos modelos de tratamiento cognitivo conductuales intervenciones que apuntan a las creencias que posee el paciente respecto de presentar determinados pensamientos. Éstas se han dado en llamar metacreencias o metacogniciones. En lo referente al TAG se ha postulado que quienes padecen este trastorno presentan creencias positivas(29) o negativas, o bien ambos tipos(54), respecto al hecho de preocuparse. Es así como se comenzó a incluir dentro de las intervenciones el monitoreo y reestructuración de dichas creencias.

Los tratamientos cognitivo conductuales estándar, basados en el modelo de Beck(6, 7, 9, 19), no se centraron en

uno de los aspectos primarios del mantenimiento del cuadro, actualmente establecido como un criterio diagnóstico, es decir, en la apreciación del paciente respecto de la preocupación. Hasta la fecha, el único modelo teórico sobre el trastorno de ansiedad generalizada que toma en cuenta la apreciación negativa que el paciente adscribe a la preocupación, es el de A. Wells(54). En este modelo se postula que en primer lugar se desarrollarían metacreencias positivas, que conducirían a un uso voluntario de la preocupación como estrategia de afrontamiento de situaciones problemáticas o inciertas. Wells y Papageorgiou(57) han estudiado cómo esta estrategia crea sus propios problemas, al incrementar la sensibilidad a estímulos relacionados con los temas de preocupación, el rango de los mismos, y pensamientos intrusivos catastróficos. Cuando un paciente con TAG se preocupa, este proceso se acompaña de síntomas de hiperactivación fisiológica; estas sensaciones dan lugar al surgimiento de creencias negativas sobre la preocupación y al intento de control de la misma, que al convertirse en un nuevo foco de preocupación no hace más que aumentar la ansiedad, y con ella la valoración negativa del proceso. Es así como el proceso mismo de preocupación termina por convertirse en motivo de preocupación, al ser valorado negativamente. Los síntomas cognitivos y somáticos son entonces interpretados como signos de pérdida de control(58). Esta interpretación conduce al paciente a intentar controlar sus pensamientos, lo cual no hace más que aumentarlos(39, 46), y en consecuencia se incrementa también la sensación de falta de control(46, 53). Así, los pensamientos que se intenta evitar, retornarían aumentados por dos vías: por el intento mismo de suprimirlos, y por el uso de la preocupación como estrategia de evitación cognitiva.

Se postula que los pacientes intentarían controlar su preocupación empleando estrategias que darían como resultado un aumento de ésta, ya que entraría en juego el mecanismo paradójico que se activa con los intentos de supresión del pensamiento(8, 12, 20, 23, 39, 46, 53, 57).

La metapreocupación podría ser una de las dimensiones más importantes de la preocupación, ya que la apreciación de la misma, especialmente la percepción de falta de control (metapreocupación negativa), es aquello que diferenciaría a las personas con y sin trastorno de ansiedad generalizada(24, 55).

Recientemente, Wells y Carter(56) han llevado a cabo una investigación de la cual se desprende que los pacientes con TAG tienen mayores niveles de metapreocupaciones que otros pacientes ansiosos y que los controles. Por otro lado, estos autores hallaron que el grado en que una persona presenta metapreocupaciones correlaciona positivamente con la frecuencia con que se preocupa(56), sugiriendo que la aparición de metapreocupaciones marcaría el pasaje de la preocupación no patológica al TAG.

**Tabla 2**  
**Estudios de Resultados de los Tratamientos Conductuales, Cognitivos estándar y Metacognitivos, agrupados según el tipo de diseño**

	Ensayos Clínicos	Estudios Controlados no aleatorios	Estudios Controlados Aleatorios	Estudios de caso único	Eficacia
<b>Terapia Conductual</b>	Durham, et al., 1994. Ost & Breitholtz, 2000. Borkovec et al., 2002. Amtz, 2003.		Borkovec & Costello, 1993.		37.5-60%
<b>Terapia Cognitiva Estándar</b>	Durham, et al., 1994. Ost & Breitholtz, 2000. Borkovec et al., 2002. Amtz, 2003.	Stanley et al., 2003	Borkovec & Costello, 1993 Wetherell, Gatz & Craske, 2003.		45- 62%
<b>Terapia Meta-cognitiva</b>			Ladouceur et al., 2000. Dugas, et al., 2003.	Dugas & Ladouceur, 2000. Léger, et al., 2003.	75-77%

Un hallazgo destacable ha sido que al comparar preocupaciones y metacreencias positivas y negativas en pacientes con TAG, Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), otros trastornos de ansiedad y controles no ansiosos, sólo se hallaron diferencias significativas en la presencia de metacreencias negativas en los pacientes con TAG y TOC en comparación con los otros grupos(22).

En cuanto a los estudios de eficacia, si bien Adrian Wells(58) afirma que ha realizado una serie de estudios de caso único evaluando su modelo con muy buenos resultados, en la búsqueda realizada –en relación a los modelos con elementos metacognitivos– sólo se encontraron estudios de eficacia del modelo propuesto por Dugas y Ladouceur(29).

El tratamiento propuesto por estos autores señala cuatro aspectos sobresalientes del trastorno: la intolerancia a la incertidumbre, la inadecuada orientación al problema, la evitación cognitiva y las creencias erróneas sobre la preocupación y específicamente aborda las creencias positivas respecto del empleo de la preocupación como mecanismo de afrontamiento. Se utilizan técnicas tales como el entrenamiento en darse cuenta y en solución de problemas adaptado, exposición imaginaria y reestructuración cognitiva para las creencias positivas sobre la preocupación.

Se hallaron dos estudios de caso único. El primero(30) es un diseño de caso único con replicación sistemática en el que se aplicó el tratamiento cognitivo-conductual a cuatro pacientes con diagnóstico de TAG. Se compararon las mediciones de línea de base con las de postratamiento y a los 6 y 12 meses de seguimiento. Tanto al finalizar el tratamiento como a los seis meses,



tres de los cuatro sujetos no cumplían los criterios diagnósticos para TAG, y ninguno lo hacía al año.

El segundo estudio de caso (37), se llevó a cabo en siete adolescentes. Tres de ellos mostraron un cambio clínicamente significativo al postratamiento, el cual se mantuvo a los 6 y 12 meses de tratamiento, en los otros participantes se observó una mejoría de mínima a moderada.

Por otra parte, se hallaron dos estudios controlados. Ladouceur et al(36) realizaron un estudio en el cual veintiseis pacientes fueron asignados aleatoriamente a una de dos condiciones: 14 pacientes a TCC y 12 a lista de espera. Los resultados muestran que el tratamiento llevó a una mejoría clínica estadísticamente significativa, tanto al postratamiento como a los 6 y 12 meses de seguimiento. Luego del tratamiento, el 77% de los pacientes dejó de cumplir criterios para TAG y mejoró en las medidas de ansiedad, depresión y preocupación por lo menos un 20%.

Por último, Dugas, et al(31) evaluaron la eficacia de una intervención grupal de tipo cognitivo conductual en cincuenta y dos pacientes con TAG. La condición control consistió en un grupo de lista de espera. Los pacientes recibieron catorce sesiones de TCC en grupos de cuatro a seis integrantes. Los resultados mostraron que los pacientes que recibieron psicoterapia, en comparación con el grupo control, presentaban al postratamiento una mejoría significativa en todas las variables evaluadas (ansiedad, depresión, intolerancia a la incertidumbre y ajuste social). Los participantes tratados en la condición activa no solo mantuvieron las mejorías, sino que éstas aumentaron en el seguimiento a dos años.

Los índices de eficacia reportados por este grupo de trabajo superan ampliamente los obtenidos por otros investigadores (77% en comparación a 50 y 62%, respectivamente); cabe destacar que cada tratamiento se basa en un modelo distinto del cuadro, lo cual podría explicar los diferentes resultados.

No obstante, este último modelo de tratamiento no

ha sido evaluado por investigadores independientes, sino sólo por quienes diseñaron el tratamiento. Este hecho advierte respecto a la necesidad de que el modelo sea evaluado por otros grupos para que pueda establecerse su utilidad. No obstante, cabe suponer que la diferencia de resultados radique en la inclusión en el tratamiento de intervenciones a nivel metacognitivo.

## Discusión

Sobre la base de los resultados de los diferentes estudios puede concluirse la eficacia de la Terapia cognitiva estándar y de la Terapia Cognitiva con elementos metacognitivos para el tratamiento del TAG. La RA ha mostrado eficacia similar a la obtenida mediante Terapia Cognitiva, si bien en los estudios se observa una tendencia hacia la pérdida de los resultados al seguimiento. No obstante, hasta la fecha se ha realizado tan sólo un estudio controlado que evalúa esta intervención; por lo tanto, son necesarias futuras investigaciones para evaluar la utilidad de la misma. Tanto en los estudios clínicos como en los ensayos controlados se observa una tendencia en los pacientes tratados con ambas formas de terapia cognitiva a mantener y ampliar la mejoría luego de finalizado el tratamiento.

Dada la alta eficacia reportada en los estudios con el modelo de tratamiento cognitivo que incluye elementos metacognitivos sería de suma importancia investigar la eficacia diferencial del mismo respecto de otras intervenciones, el papel que juega el componente metacognitivo en dicho tratamiento, así como las predicciones que se desprenden del modelo teórico en cuestión. Por otro lado, puesto que el modelo que posee mayor sustento empírico en sus hipótesis teóricas es el único que no cuenta hasta el momento con estudios controlados de eficacia, se torna imperante estudiar la eficacia del mismo ■

## Referencias bibliográficas

1. American Psychiatric Association. (1980). *DSM-III. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (3ª edición). Barcelona: Masson.
2. American Psychiatric Association. (1987). *DSM-III-R. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (3ª edición revisada). Barcelona: Masson.
3. American Psychiatric Association. (1994). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (4ª edición). Barcelona: Masson.
4. Arntz A. (2003). Cognitive therapy versus applied relaxation as treatment of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 41, (6), 633-647.
5. Barlow DH. (1995). The development of worry control treatment for generalized anxiety disorder. Paper presented at the *World Congress of Behavioural and Cognitive Therapy*, Copenhagen.
6. Barlow DH, Rapee RM, Brown TA. (1992). Behavioral treatment of generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 23, 551-570.
7. Beck A, Emery G, y Greenberg R. (1985). *Anxiety Disorder and Phobias: A Cognitive Perspective*. Basic Books, New York.
8. Borkovec T, Inz, J. (1990). The nature of worry in generalized anxiety disorder: a predominance of thought activity. *Behaviour Research and Therapy*, 28. 153-8
9. Borkovec T, Costello E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, (4), 611-619.
10. Borkovec T, Newman M, Pincus A, y Lytle R. (2002). A component analysis of cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder and the role of interpersonal problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, (2), 288-298.
11. Borkovec TD, Roemer L. (1995). Perceived functions of worry among generalized anxiety disorder subjects: Distraction from more emotionally distressing topics? *Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26, 25-30.
12. Borkovec T, Shadick R, Hopkins M. (1991). "The nature of normal and pathological worry". In *Chronic Anxiety: Generalized Anxiety Disorder and Mixed Anxiety-Depression*. (ed. R.M. Rapee & D. Barlow). Guilford Press, New York.
13. Borkovec T, Mathews A. (1988). Treatment of nonphobic anxiety: a comparison of nondirective, cognitive, and doping desensitization therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 877-874.
14. Borkovec T. y Rucio A. (2001). Psychotherapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, (11), 37-42; discussion 43-45.

15. Brown T, O'Leary T, y Barlow D. (1993). "Generalized Anxiety Disorder". En Barlow, D. (ed). *Clinical Handbook of Psychological Disorders. A step-by-step Treatment Manual*. Pp. 137-188. New York: Guilford Press.
16. Butler G, Mathews A. (1987). Anticipatory anxiety and risk perception. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 551-565.
17. Butler G. (1990). *Anxiety and subjective risk*. Unpublished D. Phil. Thesis. Open University, UK.
18. Butler G, Cullington A, Hibbert G, Klimes L, Gelder M. (1987). Anxiety management for persistent generalized anxiety. *British Journal of Psychiatry*, 151, 535-542.
19. Butler G, Fennell M, Robson P, Gelder M. (1991). A comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 167-175.
20. Butler G, Wells A, Dewick H. (1995). Differential effects of worry and imagery after exposure to a stressful stimulus: a pilot study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 45-56.
21. Cameron J. (2002). Generalized Anxiety Disorder Has Worst Impact On Quality Of Life. Consultado el 16/06/2004 en: <http://www.psigrup.com/dg/1316a2.htm>
22. Cartwright-Hatton S, Wells A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: the meta-cognitions questionnaire and its correlates. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 279-315.
23. Clark DM, Ball S, Pape D. (1991). An experimental investigation of thought suppression. *Behavior Research and Therapy*, 29, 253-257.
24. Craske M, Rapee R, Jackel L, Barlow D. (1989). Qualitative Dimensions of worry in DSM-III-R generalized anxiety disorder subjects and non-anxious controls. *Behavior Research and Therapy*, 27, 397-402.
25. Deffenbacher JL. (1998). "Entrenamiento en el manejo de la ansiedad generalizada". En V. E. Caballo (Ed), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol I). (pp. 241-263). Madrid, España: Siglo XXI
26. Deffenbacher JL, Shelton JL. (1978). Comparison of anxiety management training and desensitization in reducing test and other anxieties. *Journal of Counseling Psychology*, 25, 227-282.
27. Deffenbacher JL, Michaels AC, Daley PC, y Michaels T. (1980). A comparison of homogenous and heterogeneous anxiety management training. *Journal of Counseling Psychology*, 27, 630-634.
28. Deffenbacher JL, Michaels AC, Michaels T, y Daley PC. (1980). Comparison of anxiety management training and self-control desensitization. *Journal of Counseling Psychology*, 27, 232-239.
29. Dugas M, Ladouceur R. (1998). "Análisis y tratamiento del trastorno por ansiedad generalizada". En V. E. Caballo (Ed), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol I). (pp. 211-240). Madrid, España: Siglo XXI
30. Dugas M, Ladouceur R. (2000). Treatment of GAD. Targeting intolerance of uncertainty in two types of worry. *Behavior Modification*, 24, (5), 635-657.
31. Dugas M, Ladouceur R, Léger E, Freeston M, Langlois F, Provencher M, Boisvert J. (2003). Group cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder: treatment outcome and long-term follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, (4), 821-825.
32. Durham R, Turvey A. (1987). Cognitive therapy vs. Behavior therapy in the treatment of chronic general anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 229-234
33. Durham R, Allan T. (1993). Psychological treatment of generalized anxiety disorder. A review of the clinical significance of results in outcome studies since 1980. *British Journal of Psychiatry*, 163, 19-26.
34. Durham R, Murphy T, Allan T, Richard K, Treliving L, Fenton G. (1994). Cognitive therapy, analytic psychotherapy and anxiety management training for generalized anxiety disorder. *British Journal of Psychiatry*, 165, (3), 315-323.
35. First M, Spitzer R, Gibbon M, Williams J. (1996) *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders - Patient Edition* (SCID I/P, Version 2.0). Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.
36. Ladouceur R, Dugas M, Freeston M, Léger E, Gagnon F, Thibodeau N. (2000). Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: evaluation in a controlled clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, (6), 957-964.
37. Léger E, Ladouceur R, Dugas M, Freeston M. (2003). Cognitive-behavioral treatment of generalized anxiety disorder among adolescents: a case series. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, (3), 227-230.
38. Massion A, Warshaw M, Keller B. (1993). Quality of life and psychiatric morbidity in panic disorder and generalized anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 600-607.
39. McKay D, Greisberg S. (2002). Specificity of measures of thought control. *The Journal of Psychology*, 136, (2), 149-160.
40. Mendlowicz M, Stein M. (2000). Quality of life in individuals with anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157:669-82.
41. Meyer T, Miller M, Metzger R, Borkovec T. (1990) Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behavior Research and Therapy*, 28, 487-495.
42. Muris P, Merckelbach H, Horselenberg R. (1996) Individual differences in thought suppression, The wite bear suppression inventory: Factor structure, reliability, validity, and correlates. *Behavior Research and Therapy*, 34, 501-513.
43. Novy D, Stanley M, Averill P, Daza P. (2001). Psychometric Comparability of English- and Spanish-Language Measures of Anxiety and Related Affective Symptoms. *Psychological Assessment*, Vol. 13, No. 3, 347-355.
44. O'Leary T, Brown TA, Barlow DH. (1992). The efficacy of worry control treatment in generalized anxiety disorder: A multiple baseline analysis. Paper presented at the meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Boston, MA.
45. Ost L, Breitholtz E. (2000). Applied relaxation vs. Cognitive therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Behavior Research and Therapy*, 38, (8), 777-790.
46. Salkovskis PM, Campbell P. (1994). Thought suppression induces intrusions in naturally occurring negative intrusive thoughts. *Behavior Research and Therapy*, 32, 1-8.
47. Stanley M, Beck J, Novy D, Averill P, Swann A, Diefenbach G, Hopko D. (2003). Cognitive-behavioral treatment of late-life generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, (2), 309-319.
48. Suinn R, Richardson E. (1971). Anxiety management training: A non-specific behavior therapy program for anxiety control. *Behavior Therapy*, 2, 498.
49. Tallis F, Davey G, Bond, NC. (1994). "The phenomenology of non-pathological worry: A preliminary investigation". In G. Davey & F. Tallis (Eds.), *Worrying: Perspectives on theory, assessment and treatment* (pp. 285-297). Chichester, UK: Wiley.
50. Tallis F, Davey G, Capuzzo N. (1994). "The phenomenology of non-pathological worry: A preliminary investigation". In G. Davey & F. Tallis (Eds.), *Worrying: Perspectives on theory, assessment and treatment* (pp. 61-89). Chichester, UK: Wiley.
51. Turner SM, Beidel DC, Stanley MA. (1992). Are obsessional thoughts and worry different cognitive phenomena. *Clinical Psychology Review*, 12, 257-270.
52. Wegner D, Zanakos S. (1994) Chronic thought suppression. *Journal of personality*, 62, 616-639
53. Wegner D, Schneider D, Carter S, White T. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5, 5-13
54. Wells A. (1997) *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders. A practice Manual and Conceptual Guide*, Chichester: John Wiley & Sons.
55. Wells A Butler G. (1997). "Generalized anxiety disorder". En Clark, D. & C. Fairburn, C (ed.). *Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy*. pp 179-208. Oxford: Oxford University Press.
56. Wells A, Carter K. (1999). Preliminary tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavior Research and Therapy*, 37, 585-594.
57. Wells A, Papageorgiou C. (1995). Worry and the incubation of intrusive images following stress. *Behavior Research and Therapy*, 33, 579-583.
58. Wells A. (1999). Cognitive Model of Generalized Anxiety Disorder. *Behavior Modification*, 23, (4), 526-555
59. Wells A, Morrison T. (1994). Qualitative dimensions of normal worry and normal obsessions: A comparative study. *Behavior Research and Therapy*, 32, 867-870.
60. Wetherell J, Gatz M, Craske M. (2003). Treatment of generalized anxiety disorder in older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, (1), 31-40.

Vetere, G., Portela, A. & Rodríguez Biglieri, R. (2007). Perfil de personalidad de los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16 (2), 129-134.

## **PERFIL DE PERSONALIDAD DE PACIENTES CON TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA**

### **Lic. Giselle Vetere**

Docente 2º Cátedra de Clínica Psicológica y Psicoterapias, Facultad de Psicología. UBA.

Ex-Residente Psicología Clínica Hospital Dr. Cosme Argerich.

Residente Cuidados Paliativos Hospital Bonorino Udaondo.

Colombres 535, Dto 1. Lomas de Zamora. CP (1832)

E-MAIL: gisellevetere@hotmail.com

### **Dra. Alicia Portela**

Medica Psiquiatra.

Hospital Borda.

Hospital Francés.

Miembro Capítulo de Personalidad de APSA.

### **Lic. Ricardo Rodríguez Biglieri.**

Jefe de Trabajos Prácticos 2º Cátedra de Clínica Psicológica y Psicoterapias, Facultad de Psicología. UBA.

CONICET.

## **Resumen**

El objetivo del estudio fue identificar el perfil de personalidad de los pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG). 30 pacientes con TAG y 30 con otros trastornos de ansiedad (CA) completaron el Inventario de Estilos de Personalidad de Millon. Se encontraron diferencias significativas entre los grupos en las subescalas Protección, Afectividad y Concordancia, encontrándose los puntajes más altos en los pacientes con TAG. Se plantea el debate sobre si el TAG constituye un trastorno de personalidad, caracterizado no sólo por la tendencia crónica a la preocupación sino también por un estilo de relación de tipo dependiente, un modo afectivo de procesar la información y una predisposición a poner en primer lugar las necesidades de los demás.

## **Palabras Clave**

Trastorno de Ansiedad Generalizada – Rasgos de Personalidad – Protección - Afectividad  
- Dependencia.

## **Abstract**

The aim of study was to identify the Generalized Anxiety Disorder (GAD) patients personality profile. 30 GAD patients and 30 patients with other anxiety disorders (AC) completed the Millon Inventory of Personality Styles (MIPS). Findings shows significant differences between groups in the Protection, Affectivity and Agreement MIPS subscales. The highest scores were seen in GAD patients. Finally, an argument was made regarding possibility that GAD constitute a personality disorder, characterized not only by pathological worry but also for a dependent relationship style, an affective way of information processing and a bias to prioritize the others necessities.

## **Key Words**

Generalized Anxiety Disorder – Personality Traits - Protection - Affectivity - Dependence.

## **Introducción**

Diversos estudios abordaron la relación entre el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG; APA, 1994) y los trastornos de personalidad, ya sea investigando la frecuencia con que se asocian (Dyck et al. 2001, Garyfallos, 1999) o la influencia de estos últimos en la respuesta al tratamiento (Massion et al. 2002). Los Trastornos de personalidad que se han asociado con más frecuencia al TAG son los del cluster "C" (Garyfallos et al. 1999).

El hecho de que el TAG presente, más que cualquier otro trastorno de ansiedad, elevadas tasas de comorbilidad con trastornos del eje II, merece especial atención. Basados en este dato, y en otros hechos como la cronicidad del cuadro, su baja respuesta al tratamiento y su inicio temprano, diversos autores han propuesto la posibilidad de que el TAG sea considerado un trastorno de personalidad (TP) (Beck, Stanley & Zebb, 1996; Sanderson & Wetzler, 1991).

Existen también varios estudios que indagan las características de personalidad en estos pacientes. Lamentablemente, algunos de ellos han utilizado instrumentos poco específicos, que no permiten determinar qué es exactamente aquello que se pretende medir (Chambers, Power & Durham, 2004).

Algunos estudios han utilizado el STAI en su forma rasgo para evaluar dicho constructo en pacientes con TAG. Se obtuvieron elevadas correlaciones entre TAG y rasgo de ansiedad; no obstante, resultados similares se hallaron no sólo en pacientes con otros trastornos de ansiedad, sino también con cuadros depresivos sin ansiedad (Chambers, Power & Durham, 2004). Lo mismo ha sucedido con estudios que medían extroversión y neuroticismo, dado que la definición de dichos constructos abarcan rasgos caracterológicos muy diversos, no sólo se asociaron significativamente al TAG sino también a depresión (Duggan, Lee & Murria, 1990; Hirschfeld & Klerman, 1979).

Por otro lado, diversos estudios (Gray, 1970; Jensen et al. 1996; Gomez & Francis 2003) han evaluado características de personalidad comparando pacientes con TAG y controles no ansiosos utilizando el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI-2; Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen & Kaemmer, 1989). Si bien estas investigaciones aportan información valiosa, al no establecer comparaciones con otros cuadros de ansiedad no permiten discriminar qué características son propias del TAG y cuáles de los trastornos de ansiedad en general.



De dichos estudios se ha concluido que los pacientes con TAG presentan alto rasgo de ansiedad, neuroticismo e introversión, comparado con personas sin trastornos mentales (Jensen et al. 1996; Gomez & Francis 2003). No obstante, si se pretende pesquisar si existen características de personalidad específicas de los pacientes con TAG, éstas deben poder diferenciarse de las que presentan pacientes con otros cuadros. De otro modo, podrían confundirse características de personalidad que se asocian con diversos trastornos de ansiedad con aquellas propias del TAG.

Dada la complejidad del constructo personalidad, sería de suma utilidad realizar investigaciones empleando instrumentos que evalúen de manera detallada y precisa tanto variables cognitivas como las conductas interpersonales y las variables motivacionales.

Hasta la fecha, en relación a las variables cognitivas, se ha sugerido que las preocupaciones de los pacientes con TAG no presentan diferencias de las registradas en controles comunitarios respecto de su contenido, pero sí respecto de su frecuencia. Craske et al. (1989), por ejemplo, señalaron que los pacientes con TAG, están menos preocupados por cuestiones monetarias que los sujetos sin ansiedad. Por otro lado, sí lo hacen más por el bienestar, enfermedades o daño. En el mismo estudio, no encontraron diferencias significativas en cuanto a las preocupaciones sobre temas laborales, asuntos escolares y relaciones sociales entre pacientes con TAG y sujetos control.

Los pacientes con TAG parecen concentrarse más específicamente en el daño que pudieran sufrir sus seres queridos, y utilizar la preocupación como modo de prevenirlo (Vetere & Rodríguez Biglieri, 2005). Si esto fuera así, sería esperable encontrar, por ejemplo, puntuaciones elevadas en la subescala *protección* del test de Millon (Castro Solano, Casullo & Pérez, 2004) que evalúa la motivación para ocuparse del bienestar de los otros.

Por otro lado, se ha sugerido que los pacientes que presentan trastornos de ansiedad tenderían a presentar un razonamiento emocional o ex - consecuencia, es decir, que el peligro se infiere en base a las propias sensaciones (Arntz, Rauner & van den Hout, 1995). Siendo que en los cuadros de ansiedad generalmente el peligro suele estar circunscripto a uno o pocos temas y que por el contrario en el TAG los temas son múltiples y variables, podría esperarse, por ejemplo, que los pacientes obtuviesen puntuaciones elevadas en la subescala *afectividad* del test de Millon (Castro Solano,

Casullo & Pérez, 2004) que evalúa la tendencia a presentar este tipo de razonamiento emocional.

## **METODO**

### **Muestra**

La muestra estuvo conformada por 2 grupos. Un grupo compuesto por 30 hombres y mujeres de entre 21 y 60 (23 mujeres y 7 hombres; edad media = 38.7 años, DS= 7.5) que presentaron como diagnóstico principal TAG según criterios DSM-IV (APA, 1994). La mayoría (n=22) estaba casado, y había cursado estudios secundarios completos.

Otros grupo se conformó con 30 pacientes (25 mujeres y 5 hombres) entre 21 y 60 años de edad (media = 41.6, DS= 9.5) y tenían como diagnóstico principal algún trastorno de ansiedad según criterios DSM-IV (APA, 1994), pero sin comorbilidad con TAG. Dicho grupo presentó características socio-demográficas equivalentes a las del grupo anterior.

En ambos grupos se excluyó a pacientes que presentasen al momento de la evaluación trastorno depresivo mayor, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, trastorno bipolar o retraso mental.

Al contar con Baremos locales del Inventario de Personalidad de Millon (Castro Solano, Casullo & Pérez, 2004), se tomó a éstos valores como representantes de un control comunitario con la finalidad de efectuar una comparación posterior de los mismos con resultados obtenidos en los grupos TAG y CA.

## **INSTRUMENTOS**

- ✓ *Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID-I)* (First, Spitzer, Williams & Gibbon, 1995). Esta entrevista está diseñada para utilizarse tanto con pacientes psiquiátricos como en sujetos que se encuentran bajo evaluación psicopatológica. Fue desarrollada para facilitar la evaluación diagnóstica de acuerdo a los criterios DSM-IV (APA, 1994). Ha probado ser de suma utilidad clínica y de investigación.
- ✓ *Inventario de Estilos de Personalidad de Millon (MIPS)* (Castro Solano, Casullo & Pérez, 2004). La elección de MIPS se basa en la gran gama de rasgos de personalidad que evalúa este test. Desde una perspectiva sociobiológica, T. Millon propone que la personalidad reflejaría los modos de adaptación al ambiente, que

se originarían a partir de la interacción entre la dotación biológica y la experiencia social, dando por resultado estilos característicos de percibir, sentir, pensar y actuar. El MIPS es un cuestionario compuesto por 180 ítems, que consta de 24 escalas agrupadas en 12 bipolaridades dimensionales, éstas se distribuyen en tres grandes áreas: las metas motivacionales, modo cognitivo y las conductas interpersonales.

El área metas motivacionales explora la orientación a obtener refuerzo del medio, y sus bipolaridades son: apertura – preservación, modificación – acomodación e individualismo – protección.

El área modos cognitivos examina los estilos de procesamiento de la información y se compone de 4 bipolaridades: extraversión – introversión, sensación – intuición, reflexión – afectividad y sistematización – innovación.

Finalmente, el área conductas interpersonales está compuesta por 5 pares de escalas que evalúan el estilo de relación en función del retraimiento – comunicatividad, vacilación- firmeza, discrepancia- conformismo, sometimiento – control, insatisfacción – concordancia.

#### **Procedimiento:**

Mediante la administración de la entrevista SCID-I se seleccionó a los pacientes que consultaban al Servicio de Psiquiatría del Hospital Francés que cumplieran con los criterios de inclusión. Acto seguido se los informó sobre la posibilidad de participar en la investigación y se obtuvo el consentimiento informado y sus datos sociodemográficos básicos. Finalmente se procedió a administrar el MIPS.

#### **Análisis de datos:**

Los datos obtenidos fueron analizados con el programa estadístico SPSS, version 11.0, a fin de comparar las puntuaciones de los grupos. Dado que las pruebas previas para comprobar la normalidad de la muestra (Test de Levene y Prueba de Kolmogorov-Smirnov) arrojaron datos que no sustentaban dicho supuesto se recurrió a estadística no paramétrica.

### Resultados:

No se observaron diferencias significativas entre grupos respecto de las variables socio-demográficas, permitiendo este hecho la comparación entre grupos. Las tablas 1 y 2 muestran las puntuaciones medias y desvíos estándar obtenidas por el grupo TAG y el control ansioso, respectivamente, en las distintas subescalas del MIPS.

Tabla N° 1

**Puntuaciones media y Desvios Standar en las subescalas del MIPS del Grupo TAG**

	Media	Desv. típ.
Apertura	17,13	10,357
Preservación	26,80	10,923
Modificación	22,60	8,052
Acomodación	27,33	7,952
Individualism	11,73	4,906
Protección	38,80	4,109
Extraversión	24,00	8,742
Introversión	11,47	8,297
Sensación	22,20	9,923
Intuición	21,67	5,563
Reflexión	12,60	6,104
Afectividad	39,00	5,028
Sistematizació	33,73	10,333
Innovación	25,87	8,374
Retraimient	22,33	7,490
Comunicativa	21,40	6,822
Vacilación	26,60	12,380
Firmeza	21,73	8,964
Discrepancia	19,13	8,236
Conformism	39,20	9,488
Sometimient	23,73	12,050
Control	17,93	6,692
Insatisfacción	25,13	12,082
Concordancia	45,07	7,255

Tabla N° 2

**Puntajes Medios y Desvios Standar en las subescalas del MIPS para el Grupo Control Ansioso**

	Media	Desv. típ.
Apertura	18,67	9,263
Preservación	22,80	12,718
Modificación	25,80	7,533
Acomodación	23,00	11,395
Individualismo	15,80	6,678
Protección	26,47	8,991
Extraversión	19,67	11,830
Introversión	13,13	9,724
Sensación	19,87	6,643
Intuición	19,20	6,635
Reflexión	18,07	7,294
Afectividad	26,87	8,374
Sistematización	31,13	9,334
Innovación	24,60	7,908
Retraimiento	20,60	10,927
Comunicatividad	26,00	11,168
Vacilación	23,27	13,237
Firmeza	27,47	11,488
Discrepancia	18,67	7,734
Conformismo	36,87	10,582
Sometimient	18,07	9,438
Control	23,13	6,266
Insatisfacción	22,47	9,598
Concordancia	36,33	8,278

Se efectuó una prueba de Kruskal-Wallis comparando los puntajes del grupo TAG, el control ansioso y los baremos obtenidos en la muestra comunitaria.

Tal como se observa en la tabla 3, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos en las subescalas *Protección* ( $p < 0.001$ ), *Afectividad* ( $p < 0.001$ ) y *Concordancia* ( $p < 0.005$ ), encontrándose los puntajes más altos en los pacientes con TAG.



Tabla N° 3

	1A	1B	2A	2B	3A	3B	4A	4B	5A	5B	5A	6B
<b>Chi-cuadrado</b>	0.037	1.303	2.819	1.663	3.554	15.496	1.765	0.406	1.363	0.667	4.821	14.746
<b>Gl</b>	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
<b>p&lt;</b>	0.982	0.521	0.244	0.435	0.169	<b>0.001</b>	0.414	0.816	0.506	0.716	0.090	<b>0.001</b>
	7A	7B	8A	8B	9A	9B	10A	10B	11A	11B	12A	12B
<b>Chi-cuadrado</b>	0.800	0.504	0.855	2.229	1.151	3.170	0.466	0.299	1.318	4.544	0.266	10.665
<b>Gl</b>	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
<b>p&lt;</b>	0.670	0.777	0.652	0.328	0.563	0.205	0.792	0.861	0.517	0.103	0.875	<b>0.005</b>

Comparación mediante prueba de Kruskal-Wallis de los puntajes en las subescalas del MIPS entre los grupos TAG, Control Ansioso y Control Comunitario.

gl= grados de libertad; Subescalas del MIPS: 1A=Apertura; 1B=Preservación; 2A=Modificación; 2B=Acomodación; 3A=Individualismo; 3B=Protección; 4A=Extraversión; 4B=Introversión; 5A=Sensación; 5B=Intuición; 6A=Reflexión; 6B=Afectividad; 7A=Sistematización; 7B=Innovación; 8A=Retraimiento; 8B=Comunicatividad; 9A=Vacilación; 9B=Firmeza; 10A=Discrepancia; 10B=Conformismo; 11A=Sometimimiento; 11B=Control; 12A=Insatisfacción; 12B=Concordancia.

Respecto a la comparación entre el grupo TAG y Control Ansioso por separado, se utilizó una prueba *U* de Mann-Whitney registrándose diferencias estadísticamente significativas en las mismas variables: *Protección* ( $p < 0.001$ ), *Afectividad* ( $p < 0.001$ ) y *Concordancia* ( $p < 0.006$ ).

La comparación entre el grupo TAG y Control Comunitario arrojó diferencias significativas en las mismas subescalas del MIPS: *Protección* ( $p < 0.025$ ); *Afectividad* ( $p < 0.036$ ) y *Concordancia* ( $p < 0.030$ ). Por su parte, el grupo Ansioso sólo presentó diferencias estadísticamente significativas en comparación al grupo Control Comunitario en relación a la variable de Concordancia ( $p < 0.013$ ).

Tabla 4

Estadísticos de contraste Grupo TAG vs. Control Ansioso

	Protección	Afectividad	Concordancia
U de Mann-Whitney	23,500	25,500	46,500
W de Wilcoxon	143,500	145,500	166,500
Z	-3,701	-3,616	-2,747
p<	0,001	0,001	0,006

### Discusión:

En primer lugar, teniendo en cuenta el tamaño de las muestras clínicas, se hace necesario tomar las conclusiones aquí vertidas como datos preliminares, que deberían confirmarse o refutarse mediante sucesivas replicaciones.

Dados los resultados en relación a las diferencias observadas entre los tres grupos respecto de las variables del MIPS antes señaladas, éstos sugieren que los pacientes con TAG podrían presentar una mayor tendencia a anteponer las necesidades de los demás a las propias (*protección*) y a evaluar las situaciones conforme a sus propias reacciones afectivas más que a las intelectuales (*afectividad*).

En relación a la subescala de *Concordancia*, los pacientes con TAG también obtuvieron puntajes significativamente más elevados que los registrados en el Control Comunitario y los pacientes del grupo Control Ansioso. Dado que dicha subescala se corresponde con el trastorno de personalidad por dependencia, este dato sugeriría una asociación frecuente entre rasgos dependientes de personalidad y el TAG. Puesto que también se registró una diferencia significativa entre el grupo CA y el CC en dicha variable, puede suponerse la misma vinculación entre dependencia y trastornos de ansiedad en general. No obstante, no debe olvidarse que, a su vez, la media del grupo TAG fue mayor a la del CA, diferencia que fue significativa a nivel estadístico. Teniendo en cuenta la dimensionalidad del constructo en cuestión (*Concordancia*) los pacientes con TAG presentarían más rasgos de dependencia que los sujetos con otros trastornos de ansiedad y éstos, a su vez, más de los registrados en población no clínica. Estos datos disparan interrogantes que pueden abordarse en futuras líneas de investigación, indagando el grado y tipo de asociación entre las variables mencionadas.

Podría pensarse que tal vez un alto grado de concordancia predispondría al desarrollo de trastornos de ansiedad, o bien que el desarrollo de los trastornos de ansiedad podría dar lugar a una modificación de la personalidad, en el sentido de incrementar la dependencia de estos pacientes.

Tomando en consideración el hecho que estas dimensiones de la personalidad (protección, afectividad y concordancia) se encontraron en forma marcada en pacientes con TAG, se plantea el interrogante de si este trastorno constituye en sí mismo un trastorno de personalidad, caracterizado no sólo por la tendencia crónica a la preocupación sino también por un estilo de relación de tipo dependiente, un modo afectivo de procesar la información y una predisposición a poner en primer lugar las necesidades de los demás.

Por otro lado, el hecho de que este trastorno presente una baja respuesta a los tratamientos deja pendiente la cuestión de si esta respuesta pobre se debe en parte a que estas variables de personalidad no han sido incluidas como blanco en los tratamientos manualizados disponibles hasta el momento. Cabe esperar que si las variables aquí descritas fuesen características de personalidad estables en pacientes con TAG, se vinculen e interactúen de forma particular con las manifestaciones más notorias del cuadro (la preocupación patológica y su dificultad en ser controlada); lo cual conllevaría la necesidad de evaluar a éstas de una manera distinta a como se lo ha realizado hasta el momento. Esto podría conducir a nuevas conceptualizaciones del cuadro que se plasmarían a su vez en nuevos desarrollos psicoterapéuticos.

Finalmente, de confirmarse los datos presentes cabría suponer que la modificación de los patrones de preocupación, vinculados con rasgos caracterológicos, fuese una tarea ardua y no inmediata. Por lo tanto sería esperable que los tratamientos demandaran un tiempo mayor y estrategias distintas a las que se emplean en otros cuadros de ansiedad.

#### **Bibliografía:**

1. Arntz, A., Rauner, M & van den Hout, M. (1995) If I feel anxious, there must be danger: exconsequential reasoning in inferring danger in anxiety disorders. Behavior Research and Therapy, 33, 917-925.
2. Beck, J., Stanley, M. & Zebb, B. (1996). Characteristics of anxiety in older adults: a descriptive study. Behavior Research and Therapy, 34, 225-234.

3. Butcher, J. N., Dahlstrom, W. G., Graham, J. R., Tellegen, A., & Kaemmer, B. (1989). Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2): Manual for administration and scoring. Minneapolis: University of Minnesota Press.
4. Castro Solano, A., Casullo, M. & Pérez, M (2004). Aplicaciones del MIPS en los ámbitos laboral, educativo y médico. Paidós, Buenos Aires.
5. Chambers, J., Power, K. & Durham, R. (2004). The relationship between trait vulnerability and anxiety and depressive diagnoses at long-term follow-up of Generalized Anxiety Disorder. Journal of Anxiety Disorders, 18 (5), 587 – 607.
6. Craske, M., Rapee, R., Jackel, L., & Barlow, D. (1989). Qualitative Dimensions of worry in DSM-III-R generalized anxiety disorder subjects and non-anxious controls. Behavior Research and Therapy, 27, 397-4020
7. Duggan, C., Lee, A. & Murray, R. (1990). Does personality predict long term outcome in depression? British Journal of Psychiatry, 157, 19-25.
8. Dyck, I. Phillips, K., Warshaw, M. Dolan, R., Shea, M., Stout, R., Massion, A., Zlotnick, C. & Keller, M. (2001) Patterns of personality pathology in patients with generalized anxiety disorder, panic disorder with and without agoraphobia, and social phobia. Journal of Personality Disorder, 15 (1), 60–71.
9. First, M., Spitzer, R., Williams, J. & Gibbon, M. (1995). Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I) :User 's Guide and Interview, Research Version. New York, Biometrics Research Department, New York: Psychiatric Institute.
10. Garyfallos G, Adamopoulou A, Karastergiou A, Voikli M, Milis V, Donias S, Giouzevas J, Parashos A. (1999) Psychiatric comorbidity in Greek patients with generalized anxiety disorder. Psychopathology, 32(6):308-318.
11. Gomez, R. & Francis, L. (2003). Generalized Anxiety Disorder: relationships with Eysenck's, Gray's and Newman's theories. Personality and Individual Differences, 34, 3-17
12. Gray, J. A. (1970). The psychophysiological basis of introversion – extraversion. Behavior Research and Therapy, 8, 249 – 266.
13. Hirschfeld, R. & Klerman, G. (1979). Personality attributes and affective disorders. American Journal of Psychiatry, 136, 67-70.
14. Jensen, H., Halse, N. & Birket – Smith, M. (1996). Electrodermal lability in anxiety disorder. Scandinavian Journal of Psychology, 37, 103 – 108.
15. Massion, A., Dyck, I., Shea, M., Phillips, K., Warshaw, M. & Keller, M. (2002) Personality disorders and time to remission in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder. Archives of General Psychiatry, 59. (5):434-40.
16. Millon, T. (1997). MIPS. Inventario Millon de Estilos de Personalidad. Paidós. Buenos Aires.
17. Sanderson, W. & Wetzler, S. (1991). Chronic anxiety and generalized anxiety disorder: Issues in comorbidity. En R. M. Rapee & D. Barlow (Eds.), Chronic anxiety: generalized anxiety disorder and mixed anxiety and depression. New York: Guilford Press.
18. Vetere, G. & Rodríguez Biglieri, R. (2005). Validación empírica de modelos teóricos y tratamientos cognitivo-conductuales para trastorno de ansiedad generalizada. Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría, 61. 170-175.

*Publicado en: Vetere, G. & Rodríguez Biglieri, R. (2005). Perspectivas cognitivo-conductuales del trastorno de ansiedad generalizada. Anxía, 12, 23-27.*

## **Perspectivas Cognitivo-Conductuales del Trastorno de Ansiedad Generalizada**

**Lic. Giselle Vetere**  
*Hospital Dr. Cosme Argerich*

**Lic. Ricardo Rodríguez Biglieri**  
Prof. Adjunto Regular  
Facultad de Psicología. UBA.  
rodriguezbiglieri@yahoo.com.ar

### **Resumen**

El presente artículo describe brevemente los principales modelos psicoterapéuticos para el Trastorno de Ansiedad Generalizada, así como los diversos estudios empíricos que apoyan sus hipótesis teóricas y la eficacia de los tratamientos derivados de éstos.

Los distintos estudios reportan índices de eficacia de una gran variabilidad, (entre el 40 y el 77 %); el grado de validación teórica también varía ampliamente entre los distintos modelos de intervención.

Se discutirán las implicancias de los resultados en relación con las recomendaciones terapéuticas, así como de las hipótesis teóricas que, apenas investigadas, podrían arrojar luz al entendimiento del trastorno.

### **Abstract**

The article reviews the core cognitive-behavioral models for Generalized Anxiety Disorder, as well as studies supporting theoretical hypothesis and treatments efficacy that underlie such models.

The efficacy reported showed a great variability of outcomes, which varied from 40 to 77%. The degree of theoretical validation also varies thoroughly among different intervention models.

Findings implications regarding therapeutic recommendations will be discussed, as well as theoretical hypotheses that, hardly investigated, could improve our understanding of the disorder.



## **Introducción**

El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) es uno de los trastornos de ansiedad más frecuentes en la práctica clínica y de los que genera un mayor deterioro en la calidad de vida de los pacientes.

Los abordajes terapéuticos no han arrojado resultados similares a los obtenidos en otros trastornos de ansiedad en cuanto a eficacia se refiere, hecho que merece ser analizado en detalle. Actualmente, existen tratamientos cognitivo conductuales muy eficaces para los trastornos de ansiedad en general, encontrándose resultados del 75-85 % de eficacia para los pacientes con trastorno de angustia, fobia específica o trastorno obsesivo compulsivo. No obstante, la eficacia de los tratamientos validados para el TAG está muy por debajo de estas cifras (Wells & Butler, 1997). Sólo cerca de la mitad de los pacientes con TAG parece obtener resultados positivos con los tratamientos disponibles (Durham & Turvey, 1987; Borkovec & Mathews, 1988). Los escasos resultados en el tratamiento podrían reflejar la falta de conocimiento sobre aspectos centrales del cuadro (Wells & Butler, 1997).

Se han propuesto diversos modelos cognitivos de tratamiento para el trastorno en cuestión, los cuales hacen énfasis en distintos aspectos del cuadro. No obstante, dichos modelos han sido objeto de escasas investigaciones tendientes a evaluar sus premisas. Por otro lado, la mayoría de esos estudios fueron realizados en población no clínica, generalmente población estudiantil, lo cual limita su poder conclusivo.

Los modelos cognitivos del TAG podrían ser divididos en tres grandes grupos, a continuación se describirá brevemente cada uno de ellos y las principales investigaciones relacionadas con el tema.

## **Modelo Conductual**

Según el modelo conductual del TAG, la ansiedad es el resultado de un condicionamiento clásico, ésta aparecería como respuesta frente a un estímulo, a la vez que actuaría luego como estímulo de otras respuestas que tenderían a la perpetuación del círculo (Deffenbacher, 1998). Una señal de temor se asociaría por condicionamiento a un estímulo inocuo, luego, mediante un mecanismo de generalización ésta podrá ser desencadenada por diferentes estímulos. Por ello, en el TAG no existe un estímulo único que desencadene la señal de alarma, sino que una gran diversidad de situaciones puede gatillar la respuesta ansiosa. Por este motivo, la intervención conductual clásica de desensibilización sistemática, tan exitosa en otros trastornos de ansiedad, resultó inadecuada para el TAG.

Las intervenciones conductuales se basan en estrategias de manejo de la ansiedad, como la relajación aplicada, y postulan que si una persona aprende a identificar las primeras señales de ansiedad, puede entonces poner en práctica técnicas para su reducción y de este modo mantenerla controlada.

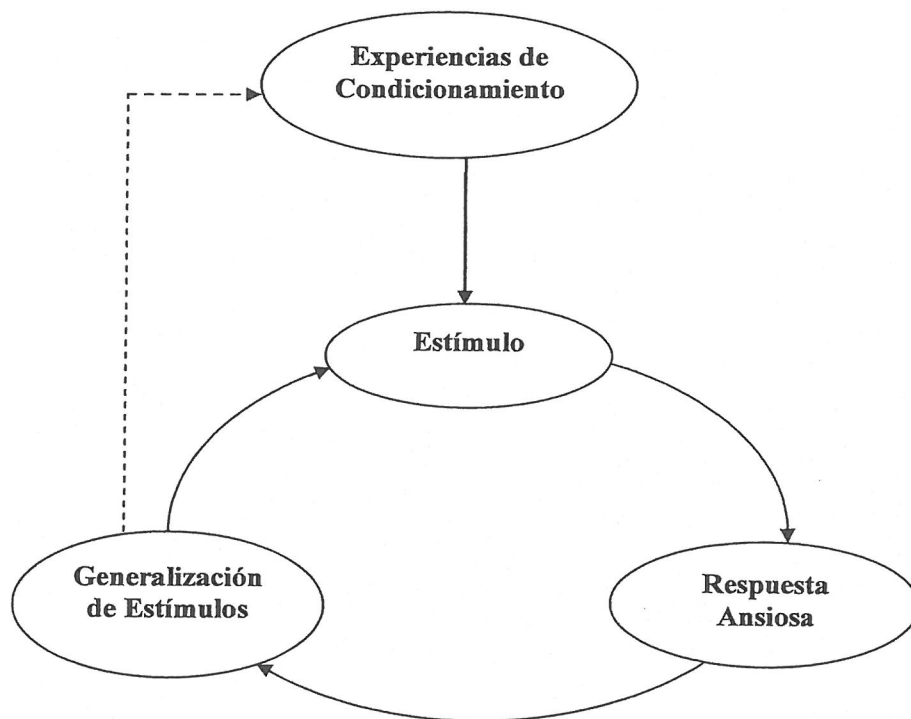
Se han efectuado cuatro ensayos clínicos evaluando la eficacia de estos modelos (Durham, et al., 1994; Ost & Breitholtz, 2000; Borkovec, Newman, Pincus & Lytle, 2002; Arntz, 2003). Los resultados mostraron que la eficacia de los

tratamientos de corte conductual se ubicaba entre el 50 al 60%, no obstante, el valor conclusivo de estos estudios es muy limitado dado que en su diseño no se contaba con un grupo control.

Contamos con un único estudio controlado (Borkovec & Costello, 1993) que evalúa la eficacia de las intervenciones puramente conductuales en pacientes con TAG. La relajación aplicada produjo mejorías en el 37,5% de los pacientes, pero los resultados no se mantuvieron al seguimiento.

En resumen, la escasa investigación al respecto hace que el poder conclusivo sobre la eficacia de estas intervenciones sea limitado. Los datos obtenidos indican que aproximadamente entre el 40 al 60% de los pacientes obtienen mejorías con intervenciones conductuales. No obstante, los resultados no se mantienen a largo plazo.

**Gráfico 1: Modelo Conductual del TAG**



## **Modelos Cognitivo-Conductuales**

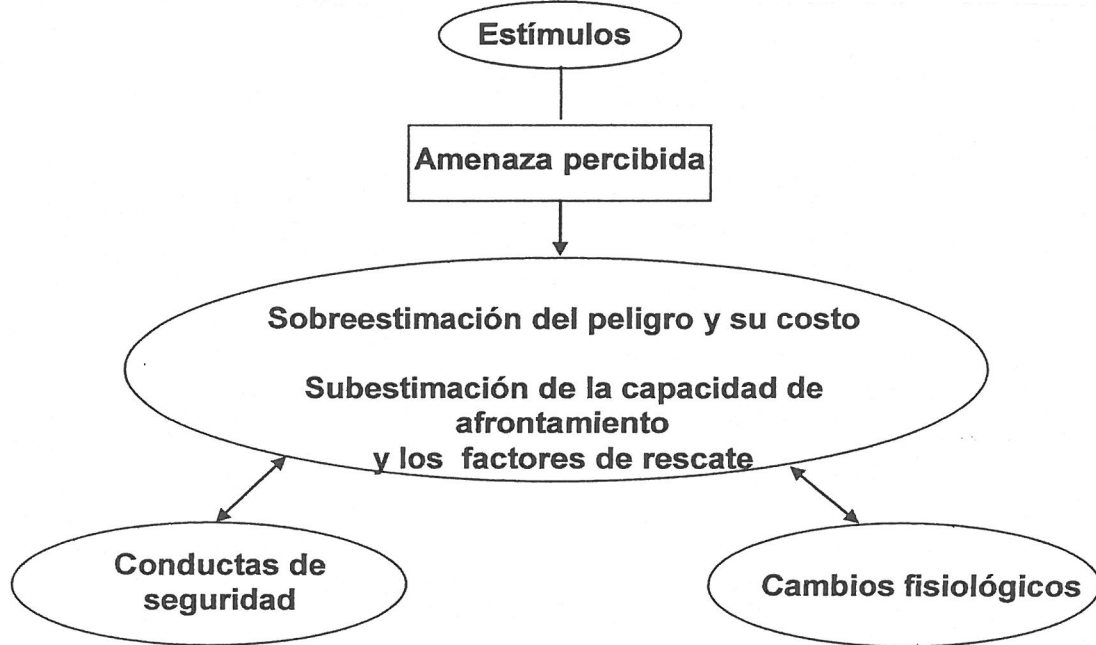
Desde estos modelos se postula que la ansiedad emerge al interpretar situaciones ambiguas como peligrosas, independientemente de que se trate de situaciones que entrañan un riesgo real o no. La ansiedad sería el producto de una ecuación entre la probabilidad de la amenaza percibida y la capacidad de afrontamiento de la misma. Los pacientes con TAG presentarían una tendencia a sobreestimar la probabilidad de concretización de las amenazas, interpretando como amenazantes situaciones ambiguas o inciertas, al mismo tiempo que subestimarían sus capacidades para enfrentar dichas situaciones (Beck, Emery & Greenberg, 1985).

Los estudios respecto de estas hipótesis arrojaron resultados contradictorios (Butler & Mathews, 1987; Butler, 1990; Craske et al., (1989). El objetivo central de las intervenciones derivadas de este modelo es la flexibilización cognitiva, cuestionando la probabilidad de ocurrencia del suceso temido a la vez que se incrementa la percepción de control de la situación por parte del paciente.

Por otro lado, se ha sostenido que la interpretación catastrófica de las situaciones llevaría a dificultades en la resolución de problemas. Por esta razón diversos manuales de tratamiento incluyeron el entrenamiento en solución de problemas como uno de sus componentes (Brown, O'Leary & Barlow, 1993).

Borkovec & Inz (1990) postularon que la preocupación podría ser una estrategia cognitiva empleada por estos pacientes para evitar pensamientos de un tinte emocional marcadamente negativo. Esta estrategia conduciría a un bloqueo del procesamiento emocional de los estímulos evitados, provocando un aumento paradójal en la frecuencia de la irrupción de pensamientos relacionados con los mismos (Borkovec & Inz, 1990; Butler, Wells & Dewick, 1995; Wells & Papageorgiou, 1995). En esta idea se sustenta la utilización de técnicas de exposición, no para desensibilizar al paciente, sino para desbloquear el procesamiento emocional (Brown, O'Leary & Barlow, 1993). Varios ensayos clínicos evaluaron los resultados de la Terapia Cognitiva Conductual (TCC) (Durham, et al., 1994; Ost y Breitholtz, 2000; Borkovec, Newman, Pincus y Lytle, 2002; Arntz, 2003), arrojando índices de eficacia entre el 45 al 60% de los casos tratados, con tendencia en los pacientes a incrementar los logros alcanzados en los seguimientos a 6 y 12 meses. En los estudios controlados (Stanley et al., 2003; Borkovec & Costello, 1993; Wetherell, Gatz & Craske, 2003) los índices de eficacia se ubicaron entre el 58 – 62%, evidenciándose la misma tendencia al incremento de las mejorías tras la finalización el tratamiento.

**Gráfico 2: Modelo Cognitivo Conductual del TAG**



**Beck & Emery 1985**

### **Modelos Metacognitivos**

Recientemente, algunos modelos del TAG comenzaron a incluir en sus conceptualizaciones a las creencias que los pacientes presentan sobre sus preocupaciones, denominadas metacreencias. Uno de los modelos (Dugas & Ladouceur, 1998) agrega a las conceptualizaciones antes descritas de la TCC la idea de que los pacientes con TAG presentan creencias positivas respecto del hecho de preocuparse (por ej: "preocuparme me ayuda a solucionar los problemas").

Por otro lado, Wells (1997), no solo recalca el papel de este tipo de creencias, sino que señala que las metacreencias de tipo negativo (Por ej: "Mis preocupaciones son incontrolables"; "preocuparme puede volverme loco") serían responsables del desarrollo y mantenimiento del cuadro. Por ende, las intervenciones que se desprenden de estos modelos incluyen el monitoreo y reestructuración de dichas metacreencias. Asimismo, el último autor mencionado, diferencia dos tipos de preocupación, una centrada en eventos externos o fisiológicos denominada de tipo 1 (por ej. Preocupaciones sobre enfermedades, accidentes, finanzas, etc.); y otra relativa al hecho de preocuparse en sí mismo, llamada de tipo 2 o metapreocupación. Según este modelo, los estímulos ambiguos conducirían al paciente a preocuparse dada la activación de creencias positivas, al mismo tiempo que la preocupación conduciría a la aparición de



síntomas de hiperactivación fisiológica. Estas sensaciones activarían las metacreencias negativas, es entonces donde se pondrían en marcha intentos de control de la preocupación, que al convertirse en un nuevo foco de preocupación no haría más que aumentar la ansiedad y con ella la valoración negativa de todo el proceso.

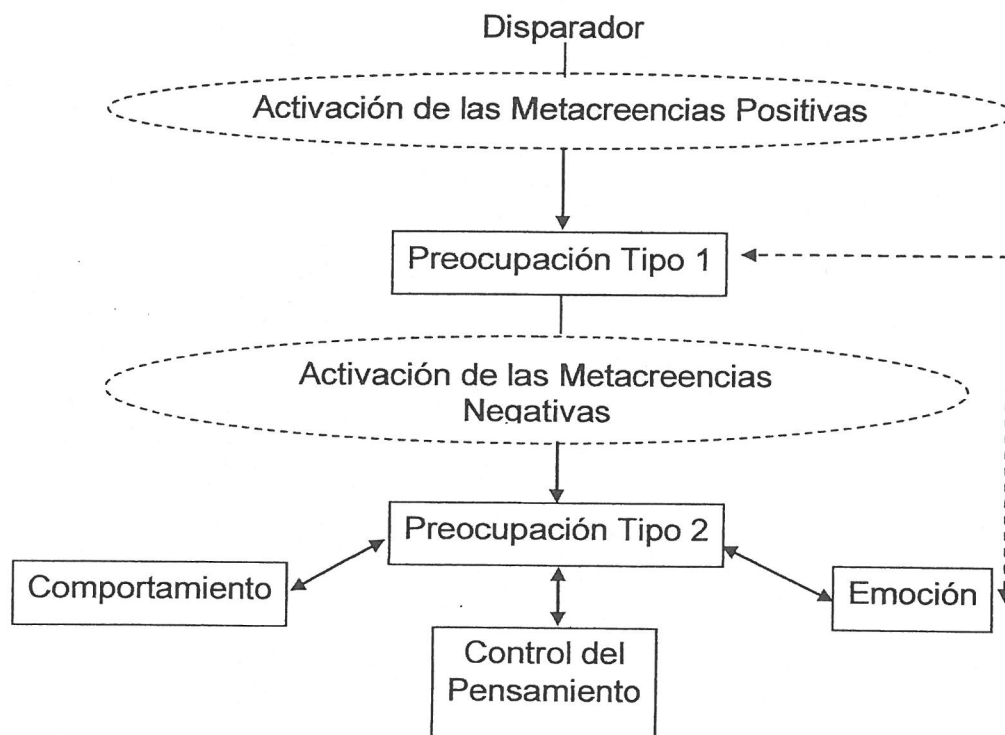
Varias investigaciones hallaron correlaciones significativas entre la presencia de metacreencias sobre la preocupación, especialmente las negativas, y la tendencia de los pacientes a preocuparse (Wells & Carter, 1999). Otro hallazgo relevante es el hecho de que al comparar preocupaciones y metacreencias positivas y negativas en pacientes con TAG, Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), otros trastornos de ansiedad y controles no ansiosos, sólo se hallaron diferencias significativas en la presencia de metacreencias negativas en los pacientes con TAG y TOC en comparación con los otros grupos (Cartwright-Hatton & Wells, 1997). Sin embargo, la mayoría de los estudios evaluando el rol de las metacreencias en el TAG fueron realizados en población no clínica, por lo tanto su poder conclusivo es restringido.

Actualmente se encuentra en desarrollo en nuestro medio una investigación tendiente a evaluar la relación entre metacreencias positivas y negativas, creencias sobre el control de pensamiento y la tendencia a la preocupación (Rodríguez Biglieri & Vetere, 2005), en una muestra de pacientes con TAG, controles ansiosos y población no clínica. Los resultados preliminares señalan una mayor tendencia en los pacientes con TAG a presentar metacreencias tanto positivas como negativas respecto de la preocupación. Tal como se desprende del modelo metacognitivo, los pacientes con TAG presentaron en mayor medida creencias relacionadas con la necesidad de control. Las variables que mejor predijeron la tendencia a la preocupación fueron las metacreencias negativas y las relacionadas con la necesidad de control, éstas explicaron, respectivamente, el 69% y el 74% de la variabilidad de los puntajes en una escala que evaluaba la tendencia a la preocupación. A su vez, se hallaron correlaciones altamente significativas entre los puntajes obtenidos en dicha escala y la presencia de metacreencias negativas y las relacionadas con necesidad de control ( $r = 0.829$  y  $r = 0.863$ , respectivamente;  $p < 0.001$ ).

En cuanto a los estudios de resultado sobre el primer modelo descripto (Dugas & Ladouceur, 1998), los resultados son esperanzadores ya que las cifras de eficacia se elevaron al 77% (Ladouceur et al., 2000; Dugas, et al., 2003; Léger, Ladouceur, Dugas & Freeston, 2003; Dugas & Ladouceur, 2000). No obstante, este último modelo de tratamiento no ha sido evaluado por investigadores independientes, sino sólo por quienes diseñaron el tratamiento. Este hecho advierte respecto la necesidad de que el modelo sea evaluado por otros grupos de investigadores.

Del tratamiento que se desprende del modelo propuesto por A. Wells (1997) no se han publicado hasta la fecha estudios de resultado.

**Gráfico 3: Modelo Metacognitivo del TAG**



**A. Wells 1997**

### **Discusión**

Tomados en conjunto, los estudios llevados a cabo para evaluar los tratamientos para el TAG indican que la TCC es la psicoterapia más eficaz para dicho cuadro, evidenciándose en los pacientes una tendencia a mantener o incrementar los logros alcanzados en la terapia.

Los tratamientos conductuales, a pesar de ser de los más difundidos, presentan limitaciones tanto en lo que se refiere al bajo índice de eficacia como en cuanto a la estabilidad de los resultados obtenidos.

Los modelos metacognitivos presentan una mayor complejidad en la conceptualización del cuadro, subrayando el rol de las creencias positivas y/o negativas respecto de la preocupación en el desarrollo y mantenimiento del trastorno. Dados los elevados índices de eficacia reportados en los estudios sobre el modelo de tratamiento cognitivo que incluye elementos metacognitivos (Dugas & Ladouceur, 1998), sería de suma importancia replicarlos empleando grupos de investigación independientes. Asimismo, sería conveniente evaluar la eficacia diferencial del tratamiento respecto de otras intervenciones, el papel que juega el

componente metacognitivo en el proceso terapéutico, así como las predicciones que se desprenden del modelo teórico en cuestión. Por otro lado, puesto que el modelo que posee mayor sustento empírico en sus hipótesis teóricas (Wells, 1997) es el único que no cuenta hasta el momento con estudios de eficacia del tratamiento que se deriva del mismo, se torna necesario evaluar dicho aspecto.

## Bibliografía

1. Arntz, A. (2003). Cognitive therapy versus applied relaxation as treatment of generalized anxiety disorder. Behaviour Research and Therapy, 41, (6), 633-647.
2. Beck, A., Emery, G., & Greenberg, R. (1985). Anxiety Disorder and Phobias: A Cognitive Perspective. Basic Books, New York.
3. Borkovec, T. & Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61, (4), 611-619.
4. Borkovec, T. & Inz, J. (1990). The nature of worry in generalized anxiety disorder: a predominance of thought activity. Behavior Research and Therapy, 28, 153-8
5. Borkovec, T. & Mathews, A. (1988). Treatment of nonphobic anxiety: a comparison of nondirective, cognitive, and doping desensitization therapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56, 877-874
6. Borkovec, T., Newman, M., Pincus, A. & Lytle, R. (2002). A component analysis of cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder and the role of interpersonal problems. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70, (2), 288-298.
7. Brown, T., O'Leary, T., y Barlow, D. (1993). Generalized Anxiety Disorder. En Barlow, D. (ed). Clinical Handbook of Psychological Disorders. A step-by-step Treatment Manual. Pp. 137-188. New York: Guilford Press.
8. Butler, G. & Mathews, A. (1987). Anticipatory anxiety and risk perception. Cognitive Therapy and Research, 11, 551-565.
9. Butler, G. (1990). Anxiety and subjective risk. Unpublished D. Phil. Thesis. Open University, UK.

10. Butler, G., Wells, A., & Dewick, H. (1995). Differential effects of worry and imagery after exposure to a stressful stimulus: a pilot study. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 23, 45-56
11. Cartwright-Hatton, S. & Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: the meta-cognitions questionnaire and its correlates. Journal of Anxiety Disorders, 11, 279-315.
12. Craske, M., Rapee, R., Jackel, L. & Barlow, D. (1989). Qualitative Dimensions of worry in DSM-III-R generalized anxiety disorder subjects and non-anxious controls. Behavior Research and Therapy, 27, 397-402
13. Deffenbacher, J. L. (1998). Entrenamiento en el manejo de la ansiedad generalizada. En V. E. Caballo (Ed), Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos (Vol I). (pp. 241-263). Madrid, España: Siglo XXI
14. Dugas, M. & Ladouceur, R. (1998). Análisis y tratamiento del trastorno por ansiedad generalizada (En V. E. Caballo (Ed), Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos (Vol I). (pp. 211-240). Madrid, España: Siglo XXI
15. Dugas, M. y Ladouceur, R. (2000). Treatment of GAD. Targeting intolerance of uncertainty in two types of worry. Behavior Modification, 24, (5), 635-657.
16. Dugas, M., Ladouceur, R., Léger, E., Freeston, M., Langlois, F., Provencher, M. y Boisvert, J. (2003). Group cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder: treatment outcome and long-term follow-up. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71, (4), 821-825.
17. Durham, R., Murphy, T., Allan, T., Richard, K., Treliving, L. & Fenton, G. (1994). Cognitive therapy, analytic psychotherapy and anxiety management training for generalized anxiety disorder. British Journal of Psychiatry, 165, (3), 315-323.
18. Durham, R. & Turvey, A. (1987). Cognitive therapy vs. Behavior therapy in the treatment of chronic general anxiety. Behaviour Research and Therapy, 25, 229-234
19. Ladouceur, R., Dugas, M., Freeston, M., Léger, E., Gagnon, F. y Thibodeau, N. (2000). Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: evaluation in a controlled clinical trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68, (6), 957-964.
20. Léger, E., Ladouceur, R., Dugas, M. y Freeston, M. (2003). Cognitive-behavioral treatment of generalized anxiety disorder among adolescents: a



case series. Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42, (3), 227-230.

21. Ost, L. & Breitholtz, E. (2000). Applied relaxation vs. Cognitive therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. Behavior Research and Therapy, 38, (8), 777-790.
22. Rodríguez Biglieri, R. & Vetere, G. (2005). Perfil metacognitivo de pacientes con TAG. Comunicación presentada en el XXI Congreso Argentino de Psiquiatría de APSA. Mar del Plata. Argentina.
23. Stanley, M., Beck, J., Novy, D., Averill, P., Swann, A., Diefenbach, G. & Hopko, D. (2003). Cognitive-behavioral treatment of late-life generalized anxiety disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71, (2), 309-319.
24. Wells A. (1997) Cognitive Therapy of Anxiety Disorders. A practice Manual and Conceptual Guide. Chichester: John Wiley & Sons.
25. Wells, A & Butler, G. (1997). Generalized anxiety disorder. En Clark, D. & C. Fairburn, C (ed.). Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy. pp 179-208. Oxford: Oxford University Press.
26. Wells, A. & Carter, K. (1999). Preliminary tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder. Behavior Research and Therapy, 37, 585-594.
27. Wells, A. & Papageorgiou, C. (1995). Worry and the incubation of intrusive images following stress. Behavior Research and Therapy, 33, 579-583.
28. Wetherell, J., Gatz, M. y Craske, M. (2003). Treatment of generalized anxiety disorder in older adults. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71, (1), 31-40.

## Trastorno Obsesivo-Compulsivo

### Fenomenología Clínica del TOC

La diversidad de presentaciones clínicas y sintomáticas del TOC lleva, a quienes se inician en la clínica psiquiátrica, a desconciertos y confusiones diagnósticas. Sin embargo, a medida que se adquiere mayor experiencia clínica, se descubre que: (a) dicha diversidad se da dentro de un rango limitado reconocible y, (b) que es posible una clasificación categorial. Tal como han demostrado Rasmussen y Tsuang en 1986, tanto las frecuencias como los tipos básicos de síntomas obsesivos tienden a permanecer estables a través de las distintas culturas y del tiempo.

Dentro del TOC, podemos distinguir dos tipos de síntomas:

- síntomas primarios, constituidos por las obsesiones y compulsiones,
- síntomas secundarios, como ansiedad, depresión, rabia, duda, trastornos del discurso, cambios perceptuales o perturbaciones sexuales.

Cabe consignar que la ansiedad es un síntoma secundario, a pesar de que al TOC todavía se lo ubica como un Trastorno de Ansiedad, siendo la duda uno de los rasgos esenciales de esta patología.

Y dentro de la sintomatología del TOC, otros autores distinguen:

- componentes cognitivos, como las obsesiones y las compulsiones mentales,
- componentes conductuales, como las compulsiones motoras y
- componentes emocionales o afectivos como la ansiedad, la angustia, la duda, la inseguridad, el temor o la perplejidad.

Tanto obsesiones como compulsiones deben causar un distrés marcado, consumir más de una hora por día o interferir significativamente con el funcionamiento habitual, ocupacional y social, y no deberse a los efectos fisiológicos directos de una medicación, sustancia o condición médica general. En algún momento del curso de la enfermedad, salvo en el TOC infantil, el enfermo reconoce que ambos síntomas son excesivos o irracionales.

### Las Obsesiones

La obsesión es el elemento capital del TOC. Por obsesiones se entiende un conjunto de ideas o imágenes que dominan al individuo y lo conflictúan, ocupando gran parte de su tiempo y teniendo características de pensamiento intrusivo. Habitualmente permanecen guardadas en secreto por el individuo, sin ser compartidas con nadie, por considerarlas absurdas o vergonzantes. Esto ocurre hasta que los síntomas llegan a perturbar de manera ostensible el desempeño diario del individuo, o cuando son advertidos por las personas allegadas.

Las características de las Obsesiones son las siguientes:

- Pensamiento Intrusivo,
- Forzado,
- Dubitativo,
- Permanente o reiterativo,
- Obstinado y sin propósito o inútil,
- Dual o ambivalente,
- Displacentero o morboso,
- Oculto o secreto.

Aclaremos un poco los rasgos anteriores. Podemos decir que las obsesiones surgen gradual o abruptamente en el individuo; tienen carácter intrusivo e invasivo. El pensamiento es reiterativo y no puede detenerse, y se mantiene acosando al sujeto por largos períodos. El paciente al comienzo quizá pueda justificarlo, pero pronto se da cuenta de su inutilidad y de que no puede desprenderse de él. Las ideas adquieren un carácter casi permanente y el enfermo no está en condiciones de rechazarlas o evitarlas. La persona duda permanentemente. Esto trae consecuencias importantes sobre su conducta.

Una de las características a destacar es la de "dualidad" (también llamada "contraste" o "sentimiento obsesivo"). El paciente cree y des cree, al mismo tiempo de sus obsesiones. Por ello si se lo interroga acerca de si lo que piensa es razonable o lógico, dirá que no lo es, incluso dirá que es absurdo, aunque seguirá creyendo en ello.

La *duda*, destacada por la escuela francesa, es la queja más común y constituye un síntoma nuclear. Ella es incapacitante, dado que interfiere, enlentece o impide al paciente realizar actividades o cumplir con sus tareas. El pensamiento cobra a veces un carácter mágico. Los obsesivos se encuentran preocupados continuamente acerca de la posibilidad de que algo terrible pueda suceder, aunque ésta sea absolutamente remota. No obstante ello, estos pacientes están convencidos de que la catástrofe o desgracia va a ocurrir, es decir, hay una evaluación anormal del riesgo de contingencias negativas. Mientras la mayoría de las personas normales tienen un mecanismo preconiente que les hace despreciar una posibilidad tan distante, los pacientes con TOC se sienten compelidos a centrar su atención en estas probabilidades inciertas o muy remotas pensando que efectivamente están por ocurrir. Al polarizar su atención en estos riesgos improbables se vuelven obsesivos. Se genera una respuesta estereotipada, que lleva a limitaciones en la selección dentro de la gama posible de planes motores, conduciendo a la perseveración y compulsividad (Zohar, Insel y col. 1991)

#### Tipos fenomenológicos de obsesión:

- a) Contaminación,
- b) Agresivas,
- c) Sexuales,
- d) Somáticas,
- e) Religiosas,
- f) Coleccionismo o acumulación,
- g) Necesidad de simetría y precisión,
- h) Duda o responsabilidad patológica

#### a) Obsesiones de contaminación

Pueden comprender preocupaciones o disgustos por secreciones corporales (tales como orina, saliva, heces, semen y secreciones vaginales), preocupación por la suciedad, por contaminantes, por tóxicos ambientales, por artículos del hogar (limpiadores, solventes), o aprensiones acerca de no enfermarse por ellos.

A diferencia de los pacientes fóbicos, quienes padecen de obsesiones de contaminación, los Ocs pueden referir que: (a) están preocupados por contagiar o contaminar a sus allegados, (b) que éstos enfermen por culpa de aquellos (además de enfermarse ellos mismos).

La contaminación puede ser transmitida "mágicamente", desde un objeto considerado sucio a uno limpio, tan solo por el hecho de entrar en contacto con él. Los objetos del entorno son arbitrariamente clasificados en limpios o en contaminados,

siendo habitual que los objetos próximos a la fuente de contaminación pasen a estar contaminados, tanto como el supuesto contaminante original. Se ampliado, de esta manera, el círculo de contaminantes. Con respecto a los sentimientos que suelen surgir, el más frecuente es la angustia. También pueden presentarse la vergüenza, la culpa o el disgusto.

### *b) Obsesiones agresivas*

Están basadas en el temor o la posibilidad de dañar o lastimar a otros o a sí mismo. Se caracterizan por: (a) la presencia de imágenes horribles o violentas, (b) por el temor de decir blasfemias, por insultar o decir algo vergonzante, (c) el miedo a cometer delitos o actos reñidos con la moral o, (d) de ser responsable de que las cosas vayan mal y de que algo terrible pueda suceder, como un incendio o cosas por el estilo.

La presencia, visión o contacto con objetos punzantes (cuchillos, tijeras, etc.) desencadena pensamientos de dañar o herir a los allegados, familiares o a sí mismos. Los pensamientos de estos pacientes son vivenciados como horribles y aparecen recurrentemente. Se asocian con el temor a que ellos puedan cometer, o que consideren que ya hayan cometido, algún acto agresivo, considerado como inaceptable, hacia los demás. Les causa el máximo horror pensar que los valores, las pautas éticas y morales, etc., hayan sido afectados por algún acto agresivo propio. Los síntomas afectivos dominantes son la culpa o la ansiedad. Y ello porque piensan que serán castigados o deben ser encarcelados por sus pecados o delitos. Frecuentemente se presentan compulsiones tales como: (a) la de preguntar o confesar delitos que suponen haber cometido, (b) buscar un permanente reaseguro acerca de si ellos realmente no son capaces de hacer lo que piensan. Por ello, (c) verifican una vez y otra, tratando con ello de evaluar si han cometido alguna falta, un crimen terrible o, por ejemplo, el no haber atropellado a alguien con el auto.

### *c) Obsesiones sexuales*

Los pacientes refieren tener pensamientos o imágenes asociadas con mantener relaciones sexuales con niños o animales, relaciones incestuosas, tener conductas aberrantes, o convertirse en homosexuales, etc. El diagnóstico diferencial a realizar es con la Parafilia, patología ésta, clasificada dentro de los trastornos sexuales. Se debe destacar que mientras los pacientes OCs pasan la mayor parte de su tiempo preocupados por sus pensamientos, los pacientes parafilicos realizan el acto.

Hay un gran número de pacientes con obsesiones sexuales o agresivas, que han tenido una crianza religiosa muy estricta. Usualmente refieren que ya desde la

infancia se han sentido culpables acerca de pequeñas cosas que la mayoría de la gente considera no tan graves. Este tipo de pacientes son los más coincidentes con las teorías freudianas acerca de los conflictos, defensas y la teoría estructural del ego. Dado el conflicto entre los impulsos sexuales y agresivos, las prohibiciones morales del Superyó llevan a una intolerable ansiedad, que puede superar los mecanismos de defensa psicológicos y resultan en la formación de síntomas neuróticos. Sin embargo todavía no es claro si estos datos justifican las conclusiones psicodinámicas. La experiencia clínica ha demostrado que en estos pacientes cualquier interpretación de las obsesiones como deseos inconscientes, usualmente produce un empeoramiento o deterioro clínico, al tiempo que incrementan, aún más, la preocupación y la ansiedad.

### *d) Obsesiones somáticas*

En estos casos, los pacientes se vuelven extremadamente preocupados y obsesionados por diversas funciones corporales, como la frecuencia cardíaca, su posibilidad de respirar, aspectos de su imagen corporal o anatómica, o el temor de desarrollar alguna enfermedad amenazante para la vida. Presentan rituales de verificación o múltiples revisiones médicas. Muchas veces los pacientes con obsesiones somáticas son poco diferenciables de los hipocondríacos. La diferencia significativa es que los pacientes OCs presentan, además de las obsesiones somáticas, otras obsesiones y compulsiones.

Las obsesiones somáticas, están más comúnmente ligadas a rituales o a procesos múltiples de verificación y a una necesidad de reaseguro. A diferencia de otros obsesivos, están fundamentalmente preocupados por su propia muerte, más que de ser responsables de dañar a otro. Los temores más comunes se centran en padecer un ataque cardíaco, cáncer, enfermedades de transmisión sexual y, en los últimos tiempos, SIDA.

### *e) Obsesiones religiosas*

Como hemos dicho estas, obsesiones parecen estar ligadas culturalmente a pacientes que han tenido una educación muy estricta o códigos morales rígidos. De allí que en estas personas haya una mayor posibilidad de incidencia de este tipo de obsesiones (Akhtar y col., 1975; Greenberg, 1984). Su prevalencia, caracterizada por la escrupulosidad, parece estar declinando en los últimos años fundamentalmente por cierta liberación de las costumbres. Los pacientes comúnmente sufren la necesidad de confesar "pecados" inexistentes o ínfimos que suponen haber cometido y están preocupados por la culpa consiguiente.



### f) Coleccionismo

Se calcula que aproximadamente uno de cada cinco de los enfermos de TOC sufren de coleccionismo patológico. Cabe destacar que, si bien el síntoma es común, resulta relativamente raro que domine en la presentación clínica (Zohar, Insel y col., 1991)

El coleccionismo o acumulación de objetos inútiles, puede llegar a tales extremos que las habitaciones de la casa quedan prácticamente cubiertas o abarrotadas de objetos. Como cabe esperar es difícil encontrar en ella un lugar libre, con excepción de un pequeño pasaje para poder desplazarse. Los objetos a coleccionar son de una gran variedad (cartones, papeles, trastos inútiles, envases, bolsas de compras, revistas o periódicos viejos apilados, etc.). ¿Por qué se acumulan estos objetos? Si los objetos elegidos son, por ejemplo, las revistas, la razón quizás sea la existencia de algún artículo a releer en alguna oportunidad. La consecuencia es que la acumulación es inevitable (lo mismo vale para las ropas viejas, la basura, etc.). El motivo por el cual la mayoría de estos pacientes vienen al tratamiento es a causa de las quejas de los familiares, amigos o vecinos, o a causa de su soledad, dado que les es prácticamente imposible recibir visitas en sus casas. La compulsión más frecuente es verificar una y otra vez que nada se haya perdido. Una compulsión análoga es la de revolver permanentemente en la basura chequeando que no se haya perdido nada de valor; lo usual es que la basura acreciente su tamaño desmesuradamente.

Los síntomas suelen ser egosintónicos, lo que nos pueden llevar a pensar que el síndrome forma parte de un trastorno de personalidad obsesivo compulsivo (TPOC) y no de un TOC. Los rituales de verificación y la ansiedad subsecuente, lo ubican más dentro de esta última categoría. La explicación neuroetológica del acumular alimentos, por ejemplo, para prepararse ante la posibilidad de una tormenta, existe en muchos animales y es consistente con una valoración del riesgo o la necesidad de sentirse seguro, que también se ve en otros subtipos del TOC.

### g) Necesidad de simetría y precisión

El cuadro clínico, en estos casos, está dominado por la obsesión de: (a) colocar los objetos de manera simétrica o de tener los sucesos ordenados, (b) hacer y deshacer ciertas acciones motoras de una manera exacta, por ejemplo, caminar hacia adelante y luego hacia atrás de la misma manera para entrar o salir de un lugar. Este subgrupo puede ser, a su vez, subdividido en dos tipos: uno de ellos con obsesividad o *lentitud obsesiva primaria*, y el otro con *pensamientos mágicos primarios*.

Dado que el mayor temor de estos pacientes es que algo no sea hecho de la manera correcta, para asegurarse de que esto no se cumpla reinician la secuencia completa desde el comienzo. Rachman (1980) denomina "*lentitud obsesiva*" o "*lentitud obsesiva primaria*" al empleo inusual, exagerado, del tiempo para completar incluso las tareas simples, deteniéndose a hacer algo de la manera más perfecta posible. Los síntomas no se viven como egodistónicos. Cuando consideran que las cosas no están en su exacto lugar o no han sido realizadas perfectamente se sienten descontentos o tensionados y no temerosos ni ansiosos.

MacLean, en 1978, describió evidencias que sugieren una secuencia o una rutina, en la cual intervienen los ganglios basales para controlar el planeamiento motor y las sub-rutinas motoras. Una hipótesis al respecto, sostiene que estos pacientes sufren alguna interferencia en la función del circuito fronto-límbico-ganglios basales, que perturba la dirección del objetivo y los vuelve incapaces de distinguir entre la importancia de la subrutina y el sentido último hacia el cual está destinado su comportamiento.

La otra variante de esta necesidad de precisión y simetría son aquellos enfermos con *pensamiento mágico*. Estos pacientes intentan prevenir o evitar un desastre o catástrofe imaginaria que piensan está fuera de su control. Se encuentran habitualmente ocupados en una sorprendente variedad de tareas: haciendo y deshaciendo rituales, pensar en números de la suerte o de la mala suerte, contar (la aritmomanía, entraría dentro de esta variedad). Por lo general estos pacientes fueron supersticiosos en la infancia. Piensan que si hacen algo incorrecto o dejan de hacer algo un cierto número de veces, pueden llegar a ser responsables de la muerte de alguien (normalmente de un ser querido); esto los puede llevar, por ejemplo, a encender y apagar las luces de una manera compulsiva, durante horas, en el lugar donde les surgen estos pensamientos mágicos catastróficos.

El ritual que habitualmente cumplen consiste en alinear las cosas de determinada manera o tener ciertos números mágicos. *A diferencia de los pacientes con lentitud obsesiva primaria, en los de pensamiento mágico, todos los rituales se acompañan de una severa ansiedad*. Esta última variante es más frecuente en los pacientes con TOC en comorbilidad con el Síndrome de Tourette.

### h) Obsesiones de duda o responsabilidad patológica

En este subgrupo de pacientes, lo típico es una preocupación incesante con pensamientos de que algo malo puede ocurrir de manera más o menos inmediata, debido a que han dejado de verificar algo de manera completa o repetida.

La duda patológica se presenta en diversos tipos fenomenológicos. Sin embargo, en este subgrupo ésta es el tema central. Estos pacientes son perfeccionistas, y habitualmente han tenido padres meticulosos o hiper-críticos. Usualmente su



temor se centra en asegurarse de que nada terrible vaya a suceder, otras veces se sienten invadidos por dudas permanentes acerca de temas de menor cuantía como por ej., si han cerrado las puertas, ventanas o las llaves del gas. Para seguir funcionando en otras actividades, tienen que limitar el número de verificaciones y recuentos. De allí que muchas veces desarrollen rituales de conteo, con números de la buena y de la mala suerte. Suelen llegar a estropear las manijas, las perillas de la luz, los lavatorios, de tanto encender y apagar o abrir y cerrar grifos. Esta focalización inadecuada de la atención en las posibles consecuencias negativas, en el proceso de toma de decisiones y planeamiento motor, constituye el fundamento de la duda patológica.

### Las Compulsiones

Las compulsiones o rituales, son actos o pensamientos a los que el sujeto recurre y cumple de una manera rígida y formal para intentar aliviar sus obsesiones. Constituyen un síntoma primario del TOC.

Las compulsiones pueden dividirse en: (a) cognitivas, ideacionales o mentales y (b) motoras.

- Las compulsiones cognitivas consisten en una urgencia irresistible de llevar a cabo un acto mental o intrapsíquico (por ejemplo, compulsión a contar, aritmomanía o a repetir una y otra vez un pensamiento, etc.), con el propósito de aliviar las obsesiones.
- Las compulsiones motoras implican una urgencia de llevar a cabo o desempeñar determinada secuencia motora.

Actualmente entre los tipos fenomenológicos de compulsiones, podemos distinguir los de:

- Lavado
- Verificación
- Otras

### Compulsiones de lavado

Estas compulsiones habitualmente consisten en el lavado excesivo o ritualizado de manos o de todo el cuerpo (aunque también pueden relacionarse con el lavado de dientes o acicalarse). La limpieza del hogar, de objetos o ropas y tomar ciertas medidas para prevenir el contacto con contaminantes, pueden ser otras formas de manifestación de este tipo de compulsiones. Desde el punto de vista simbólico se las podría relacionar con actos de purificación, similares a los ritos religiosos empleados en diferentes cultos, dado que incluyen variadas formas de limpieza y

suelen tener carácter ceremonial. Se pueden distinguir de un comportamiento fóbico, porque las compulsiones se realizan para disipar el temor generado por las obsesiones, pudiendo estar conectadas a supersticiones o a pensamientos mágicos. No es extraño que, en la compulsión de lavado, el paciente despliegue un ceremonial estereotipado en una secuencia ordenada, llevando a cabo un complejo ritual que le es idiosincrático.

### Compulsiones de verificación

Otras compulsiones muy frecuentes son las de verificación y pueden incluir la verificación de que no se ha dañado o que no se vaya a dañar a otras personas o a sí mismo, o que nada terrible haya sucedido o vaya a suceder. Las verificaciones más comunes consisten en comprobar que las llaves del gas están cerradas, la luz está apagada, las puertas cerradas, etc. Cualquiera sea la compulsión, ella suele realizarse reiteradamente, sin propósito alguno, o para prevenir alguna consecuencia desastrosa anticipada.

### Otras Compulsiones

Incluyen movimientos, como el tocar, saltar, aclararse la garganta, balancearse, realizar movimientos estereotipados o tics, etc. También pueden aparecer compulsiones agresivas con urgencia de decir palabras obscenas (como en la coprolalia) o de dañarse físicamente como en la automutilación y tricotilomanía.

Otras variedades son las compulsiones fisiológicas, tales como escupir, orinar, defecar, comer, etc. O, incluso, las compulsiones mentales, como la necesidad de preguntar, confesar, contar o realizar rituales mentales. Algunos pacientes se quejan de perturbaciones o ilusiones visuales, como ver manchas enfrente de sus ojos o reportando la caída de objetos, sobre todo en su visión lateral, lo cual les lleva a verificar si realmente están cayendo.

### Similitudes fenomenológicas

A pesar de las múltiples descripciones sintomáticas previas, sobre todo en la variedad de contenidos de obsesiones y compulsiones, la forma subyacente es homogénea, y se pueden reconocer las siguientes características:

- En casi todos los subgrupos fenomenológicos la ansiedad y la duda son los síntomas dominantes,
- Casi todos los pacientes temen que algo terrible pueda sucederles a ellos o a otros, por lo cual serán responsables,

- En la mayoría de los casos las compulsiones sirven inicialmente para reducir la ansiedad en el corto plazo, y esta propiedad las lleva a su propio refuerzo y mantenimiento. Es claro que ello va en detrimento de sus posibilidades laborales o sociales debido al excesivo insumo diario del tiempo.

Aunque las compulsiones alivien la ansiedad en el corto plazo, llevan a una disfunción o incapacidad adaptativa, dado que al poco tiempo son seguidas por mayor ansiedad, sentimientos de desesperanza, duda y depresión secundaria.

### Tipología de rituales e interrogatorio clínico

Presentamos a continuación la clasificación más usual de acuerdo al tipo de ritual desempeñado. Luego de ello brindamos a los clínicos una lista de preguntas orientadoras al respecto.

- Lavadores y limpiadores,
- Verificadores,
- Repetidores,
- Ordenadores,
- Coleccionistas,
- Ritualistas mentales,
- Obsesivos puros.

Según los síntomas predominantes, podemos caracterizar la variedad de TOC que padece el paciente, teniendo en claro que en la mayoría pueden estar presentes síntomas de diferentes tipos.

#### Lavadores y limpiadores

- ¿Evita Ud. tocar ciertas cosas debido a una excesiva preocupación por posibles contaminaciones (secreciones corporales, gérmenes, enfermedades o químicos), porque piensa que puede enfermar o morir?
- ¿Lava Ud. sus manos repetidamente?
- ¿Pasa mucho tiempo en el baño duchándose o arreglándose?
- ¿Limpia su casa u objetos excesivamente?
- ¿Usa guantes o tiene dificultades para tocar cosas caídas al suelo o de uso público (Ej.: usar baños públicos)?

#### Verificadores y repetidores

- ¿Tiene que verificar frecuentemente sus actos una y otra vez?
- ¿Tiene dificultad en terminar sus tareas o las entelece por repetir acciones o secuencias?

- ¿Se preocupa demasiado para no cometer errores o para no dañar a terceros?
- ¿Usualmente repite acciones porque lo invade un pensamiento de que algo malo puede suceder si no lo hace?

#### Ordenadores

- ¿Pasa Ud. mucho tiempo cerciorándose de que las cosas u objetos están en el lugar correcto?
- ¿Tiene que tener ciertas cosas o elementos personales hogareños ubicados en un orden específico?
- ¿Se da cuenta enseguida si sus pertenencias están fuera de lugar y se molesta si otros las movieron?
- ¿Necesita arreglar determinados objetos de una manera especial?

#### Coleccionistas

- ¿Tiene dificultad en desprenderse de determinadas cosas y tiende a acumularlas (Ej. papeles con anotaciones, periódicos, envases usados, etc.)?
- ¿Aunque los demás piensen que estos objetos son inútiles, tienen valor para Ud.?
- ¿A lo largo de los años parte de su casa está ocupada por estas colecciones?
- ¿Le disgusta si los demás las tocan o intentan tirárselas?

#### Rituales mentales

- ¿El repetir ciertas palabras, frases o números lo hace sentir mejor o lo alivia de ciertas imágenes o pensamientos perturbadores?
- ¿Frecuentemente tiene que decirse a Ud. mismo ciertas cosas una y otra vez para sentirse más seguro?
- ¿Tiene números que considera de buena o mala suerte, que debe repetir una cierta cantidad de veces para tranquilizarse?
- ¿Emplea mucho tiempo repitiendo oraciones con propósitos no religiosos?
- ¿Trata de recordar ciertos sucesos en detalle o hacer listas mentales para prevenir consecuencias desagradables?
- ¿Hay "malos" pensamientos que lo obligan a pensar en otros que sean "buenos" para contrarrestarlos y calmar su angustia?

#### Obsesivos puros

Aunque no realice ninguno de los rituales anteriores, a veces:

- ¿Lo invaden pensamientos o imágenes perturbadoras a pesar suyo?
- ¿No puede controlar o evitar estos pensamientos atemorizantes, violentos, vergonzantes o contrarios a su sentir habitual?

- ¿Teme que estos malos pensamientos, con consecuencias desastrosas, se vuelvan realidad, aunque otras veces reconozca que son irracionales?
- ¿Cuándo comienza a preocuparse no puede parar?
- ¿Habitualmente tiene dudas o preocupaciones acerca de cosas simples cotidianas que los demás pasan por alto?
- ¿Durante la última semana, cuánto tiempo por día, en promedio, se vio involucrado en estos síntomas? (Se le debe pedir al paciente que detalle cuáles fueron los síntomas y la cantidad de horas y minutos que ocupó en ellos. Si empleó más de una hora promedio por día en obsesiones y rituales, requiere ayuda profesional).

### Criterios diagnósticos del TOC (300.3), según el DSM-IV

En el DSM-IV (APA, 1994), se define a:

- Las obsesiones como pensamientos, impulsos e imágenes recurrentes que son vivenciadas como inadecuadas e intrusivas, en algún momento de la perturbación, causando marcada ansiedad o distrés. No son simplemente preocupaciones excesivas acerca de problemas de la vida real. Por otra parte, la persona reconoce que son el producto de su propia mente (no impuestas desde afuera como inserción de pensamientos) e intenta ignorarlos, suprimirlos o neutralizarlos con algún otro pensamiento o acción.

- Las compulsiones son descriptas como conductas repetitivas (por ejemplo, lavarse las manos, ordenar, verificar) o actos mentales (por ejemplo, rezar, contar, repetir palabras en silencio) que la persona se ve obligada a desempeñar en respuesta a una obsesión, o siguiendo reglas que deben ser rígidamente aplicadas. Las compulsiones, tienen por objeto prevenir o reducir el distrés o algún evento o situación amenazantes, aunque no estén conectadas de manera realista con los hechos a los cuales han sido designadas para neutralizar o prevenir, o son evidentemente excesivas.

#### Tanto obsesiones como compulsiones:

- deben causar un distrés marcado,
- **consumir más de una hora por día**
- o Interferir significativamente con el funcionamiento habitual, ocupacional y social,
- y no deberse a los efectos fisiológicos directos de una medicación, sustancia o condición médica general.
- En algún momento del curso de la enfermedad, salvo en el TOC infantil, el enfermo reconoce que ambos síntomas son excesivos o irracionales.

El DSM-IV puntualiza, además, que hay que especificar si el TOC es con insight (autoconciencia) pobre. Esto significa que la mayor parte del tiempo del episodio actual, la persona no reconoce que sus síntomas son excesivos e irracionales. Esto ocurre en aproximadamente un 10% de los casos, y es un indicador de peor pronóstico, por la casi segura presencia de componentes psicóticos (convicción delirante o delusional) en la sintomatología.

### Compulsiones y Obsesiones que no llegan a ser síntomas clínicos: Rasgos OCs

Numerosas investigaciones han destacado que los pensamientos obsesivos y ciertas conductas ritualizadas son experimentados por muchas personas consideradas "normales". Estos pensamientos son idénticos, en forma y contenido, a los que experimentan los pacientes clínicamente enfermos. La diferencia estaría en que, en el caso de los primeros, no llegarían a perturbar de manera considerable ninguna de las áreas de la vida, ni a ser, por supuesto, tan frecuentes al ocupar solo unos instantes o, a lo sumo, algunos minutos diarios. Son simplemente considerados rasgos obsesivo-compulsivos.

### Prevalencia

En el DSM-IV (1994) se estima que la prevalencia de por vida promedio en la población general es del 2,5% y en un año oscila del 1,5 al 2,1%. Es una enfermedad que, según varios autores, está representada por igual en hombres y en mujeres. Sin embargo, Eaton y col. (1989) y Karno y col. (1988) refirieron una incidencia algo mayor en las mujeres, llegando a una relación mujeres:hombres de 1,5:1 (Jenike, 1995). Esta mayor prevalencia femenina, sigue la tendencia encontrada en otros Trastornos de Ansiedad, con excepción de la Fobia Social.

Diversas expectativas y presiones socio-culturales podrían influenciar el desarrollo variable de diferentes tipos de presentaciones clínicas del TOC. Numerosas investigaciones sugieren que 2/3 de los pacientes con TOC refieren eventos vitales significativos, especialmente distrés acumulado, asociados al inicio de su enfermedad (Rachman, 1983). La incidencia de estos eventos, en relación con el TOC, no resulta muy diferente a la que ya ha sido verificada para otros Trastornos de Ansiedad como el pánico y la agorafobia.

### Edad de comienzo

La edad más frecuente de comienzo del TOC es la adolescencia tardía o la adultez temprana según Rachman y Hodgson (1980); Welner y col. (1976). En



un estudio de Karno y col. (1988) incluido en el ECA, se sugiere una edad promedio de inicio oscilante entre los 20,9 y los 25,4 años de edad. Dado que la información referida a la edad de comienzo es obtenida de los pacientes y de sus familiares, estos hallazgos están abiertos a las críticas inherentes a todas las investigaciones basadas en recuerdos retrospectivos. Uno de tres casos de TOC se inició en la infancia. Last y Strauss (1989) sugieren que casi 1 de cada 10 consultas en clínicas ambulatorias para trastornos de ansiedad en los niños, reúnen los criterios del DSM-III-R para TOC. Entre estos niños, la edad de comienzo más frecuente oscila entre los 10 y los 14 años, siendo el trastorno más frecuente en los varones que en las niñas, en una relación de 2:1 o de 3:1. Estudios del TOC infantil indican también que los rituales múltiples son comunes, y que el ritual más habitual es el de lavado (Rapoport, 1986; Swedo y col., 1989). La edad de inicio en el varón suele ser más precoz, existiendo una mayor frecuencia de presentación en la pubertad, relacionada a la elevación abrupta de los niveles de andrógenos.

## Comorbilidad

Algunos autores, como Insel y Akiskal (1986), han sugerido un continuum de severidad entre el TOC y ciertas psicosis, denotando que los delirios de esquizofrénico muchas veces pueden llegar a semejarse a las obsesiones. Sin embargo, esto parece ser más la excepción que la regla. Según Rachman y Hodgson (1980), es muy raro que los pacientes con TOC lleguen a desarrollar y presentar una esquizofrenia. Entre el TOC y la esquizofrenia suele haber muchas veces claras diferencias entre los síntomas. A diferencia de los esquizofrénicos, los pacientes con TOC no presentan alucinaciones ni un trastorno formal del pensamiento, reconociendo, habitualmente, que su comportamiento es absurdo e irracional y, por tanto, egodistónico. Por ello no se encuentran consustanciados con el mismo como lo están los pacientes psicóticos; tampoco refieren ser dirigidos nunca por fuerzas externas perturbadoras como lo hacen los psicóticos. Se calcula que aproximadamente un 10% a un 15% de los pacientes con TOC, según nuestra experiencia y la de diversos autores, presentan escasa autocrítica o insight, circunstancia que agrava su pronóstico, dado que los mismos se ubican en una interfaz con la psicosis y presentan habitualmente un curso deteriorante. Asimismo, estos pacientes son refractarios al tratamiento farmacológico convencional con ISRSs, respondiendo algo mejor con el agregado de antipsicóticos atípicos en pequeñas dosis.

Diversos autores han destacado la presencia de pensamientos obsesivos y rituales compulsivos en el curso clínico de otras patologías. Esto se evidencia en la superposición con otros trastornos de ansiedad, con la depresión, con algunos

trastornos de la personalidad, y en especial con la bulimia y la anorexia nerviosa. Los pacientes anoréxicos, por ejemplo, se caracterizan por obsesiones específicas relacionadas con su esquema corporal y con la alimentación, llevando a cabo rituales con dietas extremas y ejercicios programados. Los bulímicos por su parte efectúan rituales con purgas y laxantes, vómitos o ejercicios desmedidos, para aliviar temporariamente su culpa y ansiedad.

## TOC y Trastornos de Personalidad

El trastorno de personalidad más frecuente ligado al TOC es el denominado Trastorno de Personalidad Obsesivo-Compulsivo (TPOC), caracterizado por el perfeccionismo y el exceso de preocupación por los detalles. Se describen ocho características de las cuales deben presentarse 4 o más, que son las siguientes:

- Preocupación excesiva por los detalles, el orden, la organización, las reglas o esquemas, que hace perder el verdadero sentido de determinada tarea.
- Un perfeccionismo exagerado que interfiere con el completar actividades u objetivos.
- Una excesiva devoción por el trabajo y obligaciones en detrimento del ocio y actividades placenteras.
- Inflexibilidad y escrupulosidad sobre temas de ética, moral o valores, no debida a factores culturales ni religiosos específicos.
- Tendencia a acumular o a no descartar objetos inútiles, aunque no tengan valor sentimental.
- Rigidez, obstinación o testarudez.
- Resistencia a delegar tareas en otros, a menos que las hagan exactamente como ellos quieren.
- Tendencia al ahorro y a un nivel de gastos inferior a las posibilidades reales (tacañería).

Evidencias epidemiológicas han revelado que el TPOC, es un antecedente en solo el 25% de quienes padecen TOC (Rasmussen y Tsuang, 1986). La confusión diagnóstica puede disiparse si uno tiene presente cuales son los síntomas primarios o fundamentales del TOC, las obsesiones y las compulsiones, ambas egodistónicas. Mientras que los rasgos de la personalidad anancástica o TPOC, son egosintónicos y raramente producen resistencia en el paciente.

Los pacientes con TPOC presentan un carácter serio, convencional, y con pobre expresión emocional, meticulosidad, indecisión, lentitud y rigidez. Los demás deben someterse a la manera propia de hacer las cosas. Sin preocuparse demasiado por los sentimientos que despiertan en las personas de su entorno.

Según el DSM-IV (1994), la prevalencia estimada del TPOC es del 1% en muestras poblacionales y de un 3 a un 10%, entre quienes consultan en las clínicas de salud mental. La co-ocurrencia del TOC con personalidad esquizotípica, un trastorno caracterizado por manifestaciones menos severas que la esquizofrenia, es muy variable, oscilando entre un 5%, según Baer y col. (1990) y un 30% según Jenike y col. (1986). Por otra parte, muchos autores han sugerido que en aquellos pacientes en los cuales el TOC está ligado a un trastorno de personalidad, hay mayores dificultades o resistencias al tratamiento, teniendo esto un valor predictivo de los resultados terapéuticos y del pronóstico (Jenike y col., 1986; Rasmussen y Tsuang, 1987).

### *Comorbilidad del TOC y Depresión*

Se ha estimado que aproximadamente el 70% de los pacientes con TOC también han experimentado como mínimo un episodio depresivo (Goodwin y col., 1969). Trastornos de Ansiedad concomitantes han sido vistos también en aproximadamente el 30% de los pacientes con TOC (Rasmussen y Eisen, 1989). La depresión generalmente es un fenómeno secundario al TOC, de allí que deba evaluarse si los trastornos del humor no constituyen la enfermedad primaria.

### *Diagnóstico Diferencial del TOC*

En el contexto de muchos otros trastornos mentales pueden presentarse pensamientos recurrentes o intrusivos, impulsos, imágenes o conductas similares al TOC. El diagnóstico de TOC no se hará si el contenido de los pensamientos o actividades se encuentra restringido a la temática del otro trastorno mental, por ej.:

- Preocupación por la apariencia e imagen corporal en el Trastorno Dismórfico Corporal.
- Preocupación por una situación u objeto temido, en la fobia social o en las fobias específicas.
- Compulsión por arrancarse los pelos en la tricotilomanía.

En un episodio de depresión mayor es común la persistencia de rumiaciones persistentes referidas a circunstancias displacenteras potenciales. No hay que considerar que las mismas son obsesiones sino parte de un sistema cognitivo congruente con el humor depresivo (por ej., una mujer depresiva que piensa en forma reiterada que su vida no vale la pena no debe considerarse que tiene obsesiones sino rumiaciones depresivas).

En la hipocondriasis, o trastorno hipocondríaco, los pensamientos recurrentes productores de distrés, están exclusivamente relacionados al temor de estar padeciendo o llegar a tener una enfermedad grave, sobre la base de una mala interpretación de sensaciones o síntomas corporales. Sin embargo si las anteriores preocupaciones se acompañan de rituales, como excesivo lavado de manos o verificaciones acerca de la enfermedad o de llegar a contagiarla a otras personas, podrá hacerse un diagnóstico adicional de TOC. Si la preocupación de contraer una enfermedad es mayor que la de tenerla y no hay rituales acompañantes, será más adecuado un diagnóstico de fobia específica a las enfermedades.

Los tics y movimientos estereotipados, deben ser distinguidos de las compulsiones. Un tic es un movimiento o vocalización rápido, repentino, recurrente, no rítmico y estereotipado (por ej. carraspeo, pestañeo, protruir la lengua, etc.). Los movimientos estereotipados tienen similares características que los tics, pero comprenden conductas más complejas como morderse, balancear o rotar el cuerpo o la cabeza y otras actividades no funcionales. A diferencia de las compulsiones, tanto los tics como los movimientos estereotipados son típicamente menos complejos y no están destinados a neutralizar una obsesión. Sin embargo, hay que tener en cuenta que entre el 5 y el 7% de los pacientes con TOC, padecen un síndrome de Gilles de la Tourette (SGT), y entre el 20 y el 30% de ellos sufren o han sufrido tics. También debe recordarse que hay una alta incidencia de TOC en el SGT, que oscila entre un 35 y un 50% (DSM-IV, 1994).

La autoconciencia o habilidad de los individuos con TOC para reconocer que sus síntomas primarios son excesivos e irracionales varía, como ya dijimos, en una amplia franja continua; la cual va desde un reconocimiento total hasta aquellos casos de pacientes donde el test o prueba de realidad se halla perdida. En estos últimos, las obsesiones pueden llegar a tener proporciones delirantes, como sentir que han sido los causantes de una catástrofe, por solo haberlo pensado. En estos casos con características psicóticas, en el DSM-IV se recomienda efectuar un diagnóstico adicional de trastorno delirante o de trastorno psicótico no especificado, reservando la denominación de TOC con pobre insight, para los casos ubicados en el límite entre la obsesión y el delirio (por ej., un paciente que pasa gran parte del día con una preocupación extrema referida a la contaminación ambiental urbana, tiene, en parte, una base cierta para sostenerla, por el hecho de vivir en un área altamente contaminada de una gran ciudad). Como ya dijimos, en unos pocos individuos se presentan simultáneamente síntomas de TOC y esquizofrenia, es posible efectuar ambos diagnósticos.

Un trastorno a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial es el Síndrome o Trastorno de Asperger (299.80, DSM-IV), enfermedad de inicio infantil, más frecuente en varones, que sigue un curso continuo hasta la adultez, persistiendo



de por vida en la mayoría de los casos. Se caracteriza por disfunciones cualitativas en la interacción social, con problemas en la empatía o reciprocidad emocional y su modulación, así como en la implementación gestual, facial y corporal, que regula el intercambio interpersonal. Se diferencia del TOC en que hay un patrón más restringido y repetitivo de comportamientos, intereses y actividades anormales, con una adherencia aparentemente inflexible a rutinas específicas o rituales carentes de funcionalidad. En la infancia no hay un retraso en el desarrollo del lenguaje ni en la curiosidad propia de la edad, aunque los intereses son circunscriptos e idiosincráticos, perturbando la interacción escolar y social.

Algunas patologías tales como las parafilias, el juego patológico, el abuso de sustancias o la bulimia, aunque excesivas y definidas como de carácter compulsivo por algunos autores, no deben ser consideradas como compulsiones. Y ello porque el individuo habitualmente obtiene placer de ellas. Solo se resistirá a llevarlas a cabo si teme por consecuencias negativas o por sanciones directas.

Recordemos que el TPOC o trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo, aunque tiene un nombre similar al TOC, es una entidad distinta caracterizada por un patrón persistente de preocupaciones por el orden, el perfeccionismo y el control, aunque no hay obsesiones ni compulsiones (que son los síntomas primarios del TOC).

Un diagnóstico adicional de TOC podrá hacerse en comorbilidad con cualquiera de los anteriores, si hay obsesiones o compulsiones, cuyo contenido no esté relacionado, y vaya más allá de las preocupaciones habituales del trastorno en particular diagnosticado.

Es necesario reconocer que muchas personas tienen conductas repetidas de verificación o supersticiones, y cumplen con algunos rituales basados en estas creencias irracionales, sin llegar a ser diagnosticadas como TOC. Simplemente son portadores de rasgos OCs, debido a que las mismas no les consumen mucho tiempo ni les producen distrés ni disfunciones significativas en sus vidas.

Los síntomas de TOC suelen ser variables en intensidad o frecuencia. A través del tiempo pueden ir desplazándose de una a otra variante. La enfermedad suele ser subdiagnosticada porque el enfermo tiende a ocultar sus síntomas y no los revela, a menos que sea indagado cuidadosamente. Por otra parte, si consulta, lo hace por su ansiedad, su depresión o lo que considera una fobia, suele ser traído a la consulta por sus allegados, que ven alterado el medio familiar, al perturbarse notablemente las actividades sociales y laborales a causa de la enfermedad. Habitualmente le lleva varios años, hasta una década, concurrir a la consulta. Los pacientes con TOC que realizan rituales de lavado de manos excesivo, pueden causarse lesiones en la piel, siendo estas

afecciones las que los llevan a consultar al dermatólogo, en lugar de concurrir al psiquiatra.

### Evolución de la Enfermedad

El curso más frecuente de la enfermedad es crónico, con remisiones y exacerbaciones periódicas. Esto ocurre en un 72% de los casos, según una muestra de 200 pacientes realizada por Rasmussen y Eisen (1989). El curso continuo se observa en un 16% de los pacientes, en un 9% siguen un curso crónico y deteriorante y un curso episódico solo en un 3% de los casos. En la mayoría de los pacientes de esta muestra, el inicio de la enfermedad fue gradual. Solamente en un 22% podrían identificarse precipitantes ambientales que parecen haber gatillado la enfermedad, tales como factores de distrés, aumento de las responsabilidades, nacimiento de hijos, ser promovido a un nuevo trabajo y pérdidas o muertes significativas de un familiar. El 60% de las mujeres refirió que sus síntomas se agravaban en el período premenstrual y casi todos los pacientes mencionaron que sucesos vitales de distrés empeoraban sus síntomas. El promedio de inicio fue para los hombres de 17,5 años y para las mujeres de 20,8 años, ubicándose en la adolescencia tardía o la adultez temprana.

### Neurobiología

En los últimos 15 años ha tenido lugar un rápido crecimiento en la comprensión de la neurobiología del cerebro y sus funciones, lo que está llevando a un cambio fundamental en la conceptualización de la etiología de los trastornos psiquiátricos más frecuentes. Avances recientes en genética molecular, en neuroimágenes y en los subtipos de receptores para los diferentes neurotransmisores, indican que realmente está llevándose a cabo una verdadera revolución en la neurociencia, y que el impacto de la misma para un mejor conocimiento y tratamiento de estas enfermedades, recién ha comenzado.

### Trastorno Obsesivo-Compulsivo y Neurotransmisores

#### *Alteraciones del sistema serotoninérgico*

Anormalidades del sistema serotoninérgico, particularmente, una hipersensibilidad en los receptores postsinápticos 5-HT, han configurado la hipótesis principal

sobre la fisiopatología subyacente al TOC (Zohar e Insel, 1987). Esta hipótesis ha sido apoyada por diferentes líneas de investigación:

1. Evidencias que muestran la eficacia de medicaciones anti-obsesivas en función de la inhibición de la recaptación de serotonina. En base a los efectos anti-obsesivos obtenidos con la clorimipramina a partir del año 1968 y, posteriormente, de otros potentes inhibidores de la recaptación de la serotonina como la fluoxetina, la sertralina y la fluvoxamina, se confirmó la hipótesis de que la acción terapéutica está asociada al potente perfil serotoninérgico que presentan estos agentes. La concentración de ácido 5-hidroxi-indolacético (5-HIAA), un metabolito de la serotonina, en el líquido cefalorraquídeo (LCR) puede servir como un indicador de la renovación o turn-over de la 5-HT (Jimerson y Berrettini, 1985).
2. Los estudios con marcadores biológicos han aportado más evidencias sobre esta hipótesis serotoninérgica, al comprobar que la respuesta al tratamiento se relaciona con reducciones de la actividad de la 5-HT en las plaquetas y con disminuciones de los niveles del 5-HIAA en el LCR de los afectados por TOC. Se comprobó también, en estudios de desafío con monoclófenilpiperazina (m-CPP), un agonista serotoninérgico, un incremento de los síntomas de la enfermedad. La m-CPP es, por lejos, el único agente asociado específicamente al incremento de síntomas OCs (Zohar y col., 1987).
3. Entre los receptores serotoninérgicos, el 5-HT 1D parece ser el responsable en la mediación de las conductas obsesivo-compulsivas.
4. Los últimos hallazgos son consistentes con la comprobación de que existe una respuesta serotoninérgica aumentada, más que disminuida en los pacientes con TOC, y que la acción terapéutica de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRSs), en general, podría estar relacionada con su habilidad para regular en baja, la función serotoninérgica.
5. También se ha demostrado que el bloqueo de los autorreceptores con pindolo (Artigas y col., 1994) o con otros antagonistas de los receptores 5-HT magnifica aún más la mayor concentración de 5-HT extracelular producida por los ISRSs.

### *Interacción de la 5-HT con otros neurotransmisores y neuromoduladores*

Si bien la serotonina parece jugar un rol crítico en la neurobiología del TOC, el focalizarse en un solo neurotransmisor o receptor constituye sin lugar a dudas una sobresimplificación, al no considerar la complejidad y las sutiles interrelaciones existentes en esta enfermedad entre los diversos sistemas de neurotransmisores.

La hipótesis serotoninérgica del TOC es necesaria pero no suficiente para explicar la neurobiología de la enfermedad, ya que si bien es útil clínicamente, resulta demasiado simplista e incompleta. Otras monoaminas y neuropéptidos están involucrados en la fisiopatología del TOC (Chappell, 1995).

Los efectos serotoninérgicos pueden extenderse e involucrar en la respuesta terapéutica a otros sistemas de neurotransmisión, como el noradrenérgico y dopaminérgico.

Por la experiencia clínica se sabe que los antidepresivos que carecen de potentes efectos sobre la inhibición de la recaptación de 5-HT, son inefectivos en el TOC.

Sin embargo, la selectividad o la potencia para inhibir la recaptación de 5-HT vs. la de noradrenalina (NA), no resulta un predictor de efectos antiobsesivos diferenciales o preferenciales (Pigott, 1995).

### *Ocitocina y TOC*

Recientes investigaciones neuroendocrinas correlacionan a la ocitocina (OCT) con el TOC (Chappell, 1995). La OCT central, se encuentra en el animal sobre todo en el hipotálamo y globus pallidus, cumpliendo un posible rol en las conductas sexuales, de acicalamiento, y afiliativas. Todas ellas, además de las cogniciones, se encuentran alteradas en el TOC.

Existen receptores en el hipotálamo, la amígdala y el estriado ventral para la OCT. Se ha comprobado que en el postparto inmediato se encuentra aumentado el riesgo de padecer síntomas OCs, al estar elevados los niveles de OCT. Se ha verificado que la administración prolongada de clomipramina disminuye los niveles plasmáticos de OCT.

### *Hipótesis dopaminérgica*

Diversos agentes dopaminérgicos, como bromocriptina, apomorfina, L-dopa, o altas dosis de anfetaminas, son capaces de inducir conductas estereotipadas en animales de experimentación. En un estudio en ratas, la administración aguda de un agonista D2, el quinpirol, indujo el desarrollo de rutas de salida perseverativas en un laberinto. Estas respuestas conductuales son análogas a las observadas en pacientes con TOC, con rituales compulsivos rígidos.

Otros estudios en animales, sugieren que las conductas de recolección o almacenamiento dependen de una función dopaminérgica intacta. En el humano se ha comprobado que muchas de las conductas inducidas por psicoestimulantes, potentes liberadores de dopamina, como la cocaína, consisten en conductas repetitivas complejas y con aparente propósito, así como también exacerban los

síntomas en aquellos afectados por TOC. Asimismo, la L-dopa agrava los síntomas OCs en pacientes que padecen Parkinson. El síndrome de Gilles de la Tourette (SGT), patología en la que se postula una disfunción del sistema dopaminérgico, se asocia en más de la mitad de los casos con síntomas obsesivo-compulsivos. El haloperidol y otros antagonistas de la dopamina son útiles para suprimir los tics motores y fonatorios de esta enfermedad. En algunos pacientes obsesivo-compulsivos la asociación de antagonistas dopaminérgicos a ISRSs, suele dar buenos resultados en aquellos pacientes no respondedores a estos últimos.

### Genética del Trastorno Obsesivo-Compulsivo

Una revisión efectuada por Rasmussen y Tsuang (1986) analizó la literatura existente acerca de las influencias de la gemelaridad en el TOC, y encontró que de 51 pares de gemelos monocigóticos en el que uno de ellos padecía TOC, el otro gemelo también padecía la enfermedad en 32 de estos pares, es decir que habría una concordancia del 63% para la enfermedad. Esta tasa de concordancia monocigótica para el TOC, es similar a las concordancias reportadas para los trastornos afectivos, para los trastornos por ansiedad (Carey y Gottesman, 1981) y para el Síndrome de Gilles de la Tourette (Price y col., 1985).

Carey y Gottesman (1981) investigaron una muestra de 30 pares de gemelos (15 monocigóticos y 15 dicigóticos), en los cuales, como mínimo uno de ellos, había recibido el diagnóstico de TOC. Cuando los síntomas obsesivos eran la base para la concordancia, el 87% de los gemelos monocigóticos eran concordantes, comparados con un 47% de los dicigóticos.

Resumiendo, podemos decir que existe una tasa de concordancia significativamente elevada para el TOC en los gemelos monocigóticos al compararlos con los dicigóticos, lo que sugiere que el factor genético juega un rol importante en la patogenia. No obstante esta evidencia, las tasas de concordancia para gemelos monocigóticos no llegan nunca al 100%, por lo que se deduce, que factores del entorno o adquiridos, influyen significativamente en la aparición de este trastorno.

### Estudios basados en las familias biológicas

Los estudios familiares del TOC aportan abundantes evidencias de que la enfermedad es familiar. Con frecuencia, se encuentran muchos parientes con rasgos o formas obsesivo-compulsivas, en los familiares de aquellos afectados por la enfermedad.

### Estudios de Neuroimágenes en TOC

Estudios morfométricos mediante Imágenes por Resonancia Magnética (IRM), sugieren que en el TOC existen anomalías en el volumen de la sustancia blanca y del opérculo, así como en el tamaño del núcleo caudado, con diferencias según la lateralidad. Investigaciones complementarias en pacientes con SGT, llevados a cabo por otros grupos médicos, detectaron una anomalía en el volumen del núcleo lenticular (Rauch, 1995). Otros estudios con Tomografía por Emisión de Positrones (TEP), utilizando paradigmas de provocación de síntomas, han comprobado una activación del sistema límbico y paralímbico asociada al estado sintomático, en una variedad de trastornos de ansiedad, entre los que se encuentra el TOC, la fobia específica y el TEPT. En contraste a estos hallazgos, el compromiso de la corteza órbito-frontal-medial anterior y del núcleo caudado, parecen ser únicos o exclusivos del TOC. Estos hallazgos apoyan la noción de que el sistema límbico y paralímbico regulan la ansiedad de una manera inespecífica. La fisiopatología del TOC y del SGT, se supone, involucra una disfunción cortico-estriada. Específicamente en el TOC, parece haber una disfunción en las vías fronto-caudadas, y en el SGT, una patología en las vías sensorio-motoras que van al putamen (Rauch, 1995).

### Neuroimágenes Funcionales

El hipermetabolismo prefrontal y órbito-frontal, se correlaciona positivamente con la severidad de los síntomas en el TOC de inicio infantil y puede ser un predictor de la futura respuesta al tratamiento.

Baxter, Schwartz y col. (1992) efectuaron una investigación midiendo la tasa metabólica para la glucosa en el caudado y los cambios posibles, tanto con farmacoterapia como con terapia conductual para el TOC, utilizando TEP en 18 pacientes y en los respectivos controles normales. Los pacientes fueron examinados con TEP, tanto antes como después del tratamiento, que se realizó con fluoxetina o con terapia comportamental, durante 10 semanas. Los resultados expresados como un coeficiente metabólico, fueron determinados dividiendo el metabolismo de la cabeza del núcleo caudado, por los datos metabólicos del hemisferio ipsilateral. Luego de los tratamientos, los pacientes de TOC respondedores, evidenciaron un descenso significativo de los valores del caudado-hemisféricos, comparados con las cifras obtenidas pretratamiento. Los respondedores tuvieron un descenso significativo, mucho mayor en estos valores, comparados con los no respondedores y con los controles normales, que mostraron cifras invariables y similares a los valores iniciales. El rasgo más importante en este estudio fue el efecto similar obtenido



sobre el metabolismo cerebral de los respondedores, con ambas modalidades terapéuticas, tanto la farmacológica como la terapia comportamental. Un hallazgo de esta magnitud, esclarece un punto que aún permanecía oscuro, referido a las similitudes biológicas de la mejoría clínica, siguiendo una psicoterapia o una farmacoterapia exitosa.

### Hipótesis acerca de la Neuroanatomía Funcional del TOC

Muchos de los investigadores han planteado diversas hipótesis acerca del compromiso de los ganglios basales, las estructuras límbicas y la corteza prefrontal, en la génesis de los síntomas del TOC.

Los hallazgos más consistentes entre todos los estudios de neuroimágenes funcionales (PET y SPECT) han sido una hiperfrontalidad, durante condiciones de reposo o provocación de síntomas, y cambios en la actividad del lóbulo frontal (de manera típica una disminución de la hiperfrontalidad) luego de un tratamiento efectivo, tanto farmacológico como conductual. Un 70% de los estudios evidenciaron estos resultados (19 de 27). La observación de que la terapia comportamental es tan efectiva como los ISRSs, tanto a nivel clínico como neuroanatómico, sugiere que el estado de hiperactividad cerebral encontrado en algunas áreas en los estudios con neuroimágenes puede estar reflejando la lucha entre las compulsiones y los intentos de controlarlas. Los estudios neurofarmacológicos sobre la corteza orbitofrontal y los ganglios basales, indican que la modulación serotoninérgica resulta crucial en dichas regiones para lograr resultados terapéuticos en el TOC.

Baxter y col. (1992) propusieron un modelo tentativo sobre los circuitos implicados en el TOC. Sugirieron que el núcleo caudado sirve como mediador entre la corteza orbitofrontal, el tálamo y las conductas obsesivo-compulsivas. Obsesiones y compulsiones son procesadas por el estriado, la corteza orbitofrontal izquierda y el giro cíngulo. El estriado, normalmente, puede suprimir pensamientos, sensaciones y acciones sin intervención consciente de la corteza. En el TOC un defecto en la inhibición frontal podría dar como resultado una tendencia a la perseveración de pensamientos perturbadores, iniciados a partir de preocupaciones en la corteza frontal. Los rituales, por consiguiente, se inician mediante mecanismos orbitales conscientes para afrontar y disminuir las preocupaciones. En este modelo, la función del caudado podría ser vista como la de un agente "represor" y la de la corteza orbitaria como la de un "director de orquesta" consciente de mecanismos de afrontamiento. Una fuerte represión ejercida por el núcleo caudado y/o fuertes creencias mágicas (hiperactividad orbitofrontal) darían como resultado una reducción de la ansiedad.

Brody y Saxena (1996) propusieron un modelo fisiopatológico más sofisticado, al plantear como hipótesis que dos vías pueden estar comprometidas en el TOC:

- Una vía directa que proyecta de la corteza al estriado y de allí al globus pallidus y tálamo, antes de retornar a la corteza. Esta vía directa proveería una retroalimentación positiva.
- Una vía indirecta que proyecta de la corteza al estriado, de allí pasa al segmento exterior del globus pallidus al núcleo subtalámico, antes de volver al globus pallidus, el tálamo y la corteza. El rol de esta vía indirecta sería acabar con las conductas repetitivas estimuladas por la vía directa, mediante un mecanismo de realimentación negativa.

Según estos autores, el TOC podría ser el resultado de un desbalance entre estas dos vías, debido a alteraciones neuroquímicas y de neuromoduladores, particularmente serotonina y dopamina.

Sobre la base de estas observaciones, Baxter y col. (1992), concluyeron que la patología primaria del TOC debe asentar en el estriado, y que los comportamientos anormales de esta enfermedad ocurren por una interacción disfuncional del mismo con diferentes regiones corticales que, consecuentemente, deben aumentar su actividad a niveles anormales, a medida que el individuo tiene que realizar las distintas actividades cotidianas. La corteza orbitaria y quizás estructuras límbicas, como el cíngulo, deben ser las regiones cerebrales que tienden a salvar esta disfunción del estriado. Debido a que el este, en particular, es un sistema muy complejo en el cual hay indudablemente muchos circuitos, tendríamos que reducir nuestra discusión acerca del TOC, solamente a aquellas regiones que han sido implicadas, directamente, en los estudios con neuroimágenes. Siguiendo esta teoría, alteraciones en la marcha y en las funciones de evaluación general del estriado, podrían conducir a una variedad de fenómenos agregados, tanto sensaciones como pensamientos o actos motores, que se vuelven más conscientes en el TOC que en los sujetos normales. Estos últimos, usualmente pueden inhibir efectivamente su presencia, apelando a mecanismos del sistema estriado, en combinación con actividades de la corteza, durante la ejecución de comportamientos de rutina. Temas referidos a la agresión, al peligro, a la higiene y al sexo, que suelen ser el núcleo de las obsesiones, se relacionan a impulsos que los seres humanos actuales deben guardar bajo control para poder funcionar adecuadamente en sociedad. En los adultos normales, esto puede realizarse con una pequeña toma de conciencia o automáticamente, dado que el sistema córtico-estriado funciona adecuadamente. Cuando el estriado es disfuncional, es is sensaciones, pensamientos e impulsos, tenderían a aparecer una y otra vez, surgiendo las obsesiones. Comportamientos motores similares a los tics y otros más complejos, como las compulsiones, también podrían emer-

ger. Se considera a las compulsiones como patrones de acción relativamente fijos ejecutados por este sistema, en respuesta a sensaciones y pensamientos que no pueden ser inhibidos. Por consiguiente, el individuo con TOC no se puede concentrar y lograr los objetivos sociales que se propone, sin estas distracciones. La mediación de la ansiedad, podría estar a cargo de otras partes del sistema límbico propiamente dicho, como el cingulum.

Según esta teoría, en el TOC un impulso o pensamiento inaceptables referidos a la violencia, al sexo o a la suciedad, que los adultos normales pueden dejar de lado o reprimir fácilmente activando su sistema órbito-estriado intacto, pueden irrumpir en la conciencia por la disfunción del estriado, haciendo que las áreas orbitales intactas intenten afrontar esta situación mediante mecanismos conscientes como los rituales. Un sistema dañado de esta manera, también estaría predispuesto a repetir estas situaciones, generando la naturaleza perseverativa de los síntomas del TOC.

Cuando hay una mejoría clínica debida al tratamiento, también se observa un incremento correspondiente en la actividad de las regiones del estriado afectadas, pero la actividad podría permanecer aumentada en las áreas de compensación de corteza y sistema límbico. Sin embargo, cuando hay una mejoría parcial, los comportamientos no son del todo reprimidos, y se necesita un esfuerzo consciente para lograr funcionar adecuadamente.

Correlaciones del pretratamiento sugieren que las salidas preocupantes de la corteza orbital pueden transcurrir por vías que van al núcleo caudado y, por consiguiente incrementar, las salidas inhibitorias del mismo a regiones relevantes del globus pallidus. Esto podría reducir la inhibición que el tálamo normalmente ejerce, volviéndolo vulnerable a las excitaciones provenientes de la corteza orbital. Las conexiones excitatorias entre el tálamo y la corteza orbitaria cierran un circuito potencialmente autosustentado o reverberante, que es muy difícil de romper. Incrementos en las funciones filtrantes del núcleo caudado producidas por la terapia farmacológica o conductual, pueden reducir esta salida inhibitoria al globus pallidus, lo que a su vez puede incrementar las salidas inhibitorias del globus pallidus al tálamo. Esto podría resultar en una desconexión de este circuito fijo de preocupaciones y permitir al paciente acabar más fácilmente con las conductas OCs. Evidentemente, un tratamiento exitoso restablece un control regulatorio adecuado del circuito.

De todas estas hipótesis y comprobaciones quizá lo más importante, es que se ha demostrado que la terapia comportamental normaliza el metabolismo cerebral regional de los pacientes con TOC, probablemente, actuando sobre este circuito y normalizando de manera endógena al sistema serotoninérgico.

## Psicometría y Escalas de Evaluación

Mencionaremos algunas de las escalas más representativas y frecuentemente usadas para evaluar síntomas OCs, sus ventajas y desventajas como instrumentos clínicos y de investigación. Para objetivar el cambio en los pacientes obsesivos, también es necesario incluir medidas o escalas para la depresión y la ansiedad. La prioridad del trastorno no está determinada por la frecuencia de los síntomas, sino por la medida en que interfieren con el desempeño habitual del paciente o le hacen tener conductas evitativas. La confiabilidad se puede medir de diversas maneras y es una medida de la consistencia del desempeño de una escala; debe tener consistencia interna, es decir, ver si resulta representativa, en particular respecto a los demás ítems que son específicos para el trastorno (Derogatis y col., 1974). Por otra parte las escalas se pueden dividir en :

- Escalas Autoadministradas o de Autoevaluación,
- Escalas Héteroadministradas (administradas por un escuestador)

Las autoadministradas tienen ciertos beneficios, dado que permiten llegar o acceder a los estados internos del paciente; esto tiene particular relevancia en el TOC porque es frecuentemente una enfermedad que permanece oculta o secreta. Las escalas de autoevaluación representan también un considerable ahorro de gastos y de tiempo profesional, dado que solo se necesita dar a los pacientes algunas instrucciones precisas de cómo llenarlas correctamente. Sus mayores desventajas o limitaciones son que dependen de la fidelidad de la autopercepción del paciente o de la adecuación de las mismas. En el caso de TOC, los pacientes con dudas obsesivas pueden verse en dificultades para decidir entre calificaciones de leve, moderado o severo y en algunos con lentitud obsesiva o necesidad de verificación, hay serias dificultades en concluirla.

Las escalas de autoevaluación más utilizadas son:

- el Inventario Obsesivo-compulsivo de Maudsley (Maudsley Obsessive Compulsive Inventory o MOCI),
- la Lista de Verificación de Síntomas de Hopkins (Hopkins Symptom Checklist o HSCL) de Derogatis, Lipman y Covi 1973; Guy 1976 y
- la Lista de Verificación de Síntomas 90 (Symptom Checklist 90 o SCL-90) (Guy 1976, Murphy y col.1982.)

Dentro de las escalas globales autoadministradas, está la Escala de Impresión Clínica Global o CGI con una variante para el TOC, desarrollada por Guy en 1976, que ha demostrado tener una validez convergente con otras medidas como la de Yale-Brown (Goodman y col.,1989) y el NIMH-GOC.



De las escalas administradas por un encuestador, la más importante es la Escala de Yale-Brown, de Evaluación de Síntomas Obsesivos-Compulsivos o Y-BOCS (Goodman y col., 1989), que fue desarrollada específicamente para proveer una medida de la severidad de los síntomas del TOC y no como un instrumento diagnóstico. Es una escala de 16 ítems, pero el núcleo de la misma está comprendido en los primeros 10. Éstos están divididos en dos grupos, 5 para obsesiones y 5 para compulsiones y los 6 ítems adicionales, considerados rasgos asociados, incluyen el insight, la evitación, el sentido de responsabilidad, la lentitud y la duda patológica. En las obsesiones y en las compulsiones, englobadas como un todo, se evalúa el grado de interferencia, de distrés, de resistencia y de control que producen. Cada uno de los ítems está evaluado en una escala de cero a cuatro, en la cual 0 corresponde a ausencia de síntomas y 4 a síntomas extremos.

Todos los ítems están estructurados de manera tal que el puntaje más alto corresponde a los síntomas más graves. El máximo puntaje total que se puede obtener es 40, un 4 en cada uno de los 10 ítems. Puntajes totales de más de 20, son típicos de pacientes con TOC no tratado. Uno de los ítems evaluados por esta escala, y que es muy importante, es la "resistencia", definida como la urgencia o el esfuerzo del paciente para tratar de detener un acto compulsivo o un pensamiento obsesivo. Se sabe que quienes han tenido síntomas obsesivos severos por varios años con gran consumo de su tiempo, hacen muy pocos intentos de resistir a sus síntomas, dado que han aprendido a través de la experiencia que son incapaces de detenerlos, aun a pesar de la ansiedad que les generan. Existe una versión del Yale-Brown modificada para ser usada en niños, que se encuentra ya disponible en EE.UU.

## Farmacoterapia

### Introducción

Hasta 1980, fecha en que el TOC fue reconceptualizado por el DSM-III de la APA, era considerado una enfermedad bastante rara y había pocas investigaciones sobre su tratamiento farmacológico, limitadas a algunas experiencias clínicas con clomipramina.

Actualmente se considera que la clave para el tratamiento farmacológico efectivo de esta enfermedad es la utilización de fármacos que sean potentes inhibidores de la recaptación de serotonina. En este sentido, tanto los inhibidores selectivos de la recaptación de la 5-HT (ISRSs), como la clomipramina (un inhibidor no selectivo), han sido investigadas extensamente y hay numerosas evidencias de su eficacia como agentes para esta enfermedad.

Es importante la detección precoz de la enfermedad, dado que hay una demora promedio de 15 años entre el inicio de la misma y su diagnóstico y tratamiento efectivos. La mayoría de las investigaciones indican que se necesitan dosis mayores para el tratamiento del TOC que la dosis antidepressiva estándar. Dado que la administración del fármaco debe ser a largo plazo, como mínimo 2 a 3 años, y en los casos severos de por vida, el tratamiento de elección tiene que tener en cuenta el perfil de tolerabilidad y el riesgo de potenciales efectos adversos del fármaco seleccionado. En este aspecto los ISRSs se ven favorecidos respecto a la clomipramina, un fármaco que si bien es igualmente eficaz, es menos tolerable por sus potenciales efectos adversos cardiovasculares y digestivos, debidos a su acción anticolinérgica. La atención actualmente está focalizada en la necesidad de detectar cuál es, entre los ISRSs, el fármaco más seguro para el tratamiento a largo plazo, dado que se trata de una condición crónica y debilitante.

Diversos estudios a 1 y 2 años han demostrado que la mejoría puede continuar a lo largo de los meses durante el tratamiento con ISRSs. Se debe tener en cuenta que la latencia para el inicio del efecto terapéutico, generalmente oscila entre 1 y 2 meses, pero se debe considerar que entre el 15 y el 20% de los pacientes responden solamente luego de un tratamiento de varios meses.

Las evidencias con estudios comparativos sugieren que un tratamiento óptimo para las formas severas y crónicas del TOC requiere una continuación del mismo de manera indefinida, asociando terapias farmacológicas y comportamentales.

La enfermedad se inicia en promedio a mediados o fin de la adolescencia y hay que considerar que un tercio de los casos son de inicio infantil. Los niños responden muy bien al tratamiento, a dosis similares a las del adulto. En muchos casos, la respuesta al tratamiento es incompleta, pero la mejoría se observa en la reducción de horas diarias respecto a la frecuencia e intensidad de las obsesiones. Esto aporta un considerable alivio y mejora considerablemente la calidad de vida.

Entre los ISRSs, la fluoxetina fue efectiva en estudios controlados a dosis altas, de 60 a 80 mg; la paroxetina en dosis de 40 a 60 mg; la sertralina en dosis de 50 a 200 mg y la fluvoxamina en dosis similares a la de clomipramina, de 150 a 250 mg. Esta última es considerada, por su baja tolerabilidad, un tratamiento de segunda línea.

Comparando a los ISRSs entre sí, la sertralina presenta ventajas diferenciales, debido a la potente inhibición de las isoenzimas del CYP450 2D6 que presentan la fluoxetina y la paroxetina, lo que vuelve no recomendable la co-administración de estas últimas con numerosos fármacos.

### Antidepressivos Tricíclicos

Los antidepressivos tricíclicos, excepto la clomipramina, no son particularmente efectivos en reducir los síntomas obsesivos-compulsivos. Por ejemplo, se de-

mostró que la desipramina (Insel y col., 1985) no produce efectos anti-obsesivos y tampoco la imipramina resulta efectiva en el TOC.

### *Clomipramina*

La clomipramina fue el primer agente farmacológico utilizado para el tratamiento del TOC en un estudio clínico múltiple doble ciego (Ananth y col., 1981; Leonard y col., 1989). Los pacientes con TOC responden bien al tratamiento con clomipramina, sin perjuicio de los síntomas de depresión asociados. Además, la clomipramina es efectiva para síntomas nucleares específicos del TOC, más que para el tratamiento no específico de la depresión asociada.

La clomipramina tiene propiedades farmacológicas mixtas, presenta potente inhibición de la recaptación serotoninérgica y noradrenérgica, así como también importantes efectos alfa adrenérgicos, anticolinérgicos y antihistamínicos. Estas propiedades mencionadas producen efectos adversos tales, como boca seca, constipación, aumento de peso, retención urinaria, sedación, hipotensión ortostática y temblores.

La dosis de clomipramina máxima recomendada es de 250 mg por día.

### *Inhibidores Selectivos de Recaptación de Serotonina*

En los últimos años se han realizado distintos ensayos para tratar pacientes con TOC con una nueva generación de medicaciones, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). A diferencia de la clomipramina, estas medicaciones mantienen su selectividad para la recaptación de la serotonina "in vivo" (Fuller y Wong, 1987). Otra ventaja de las mismas es que no tienen casi ninguna afinidad por los receptores colinérgicos, alfa-adrenérgicos ni histaminérgicos. Esto explica la incidencia mínima de efectos anticolinérgicos y cardiovasculares de estos agentes. Estas drogas ofrecen nuevas opciones para el tratamiento del TOC.

### *Fluoxetina*

La fluoxetina es eficaz en el tratamiento del TOC, como se demuestra en varias evaluaciones clínicas abiertas, doble ciego en adultos y niños (Liebowitz y col., 1989). Además, la fluoxetina es mejor tolerada que la clomipramina con igual eficacia en el tratamiento del TOC (Pigott y col., 1991). A pesar de que un meta-análisis demuestra que la superioridad de la clomipramina sobre el placebo, en el tratamiento del TOC, es mayor que la de la fluoxetina u otro ISRS, la comparación directa, entre la clomipramina y los ISRSs, demuestra la similitud de su eficacia.

### *Fluvoxamina*

La fluvoxamina estructuralmente no se relaciona ni con los tricíclicos, ni con los tetracíclicos, es un ISRS más potente que la clomipramina (Claassen, 1983). Fue desarrollada en Europa como un antidepresivo, demostrando ser mejor que el placebo, o igual en eficacia, a los antidepresivos tricíclicos, como la imipramina y la clomipramina (Benfield y Ward, 1986).

La fluvoxamina ha demostrado ser efectiva en el tratamiento del TOC en una serie de estudios doble ciego y cruzados (Goodman y col. 1989).

En cuanto al abandono del tratamiento, la fluvoxamina tiene una tasa de eficacia comparable a la de la clomipramina en el tratamiento del TOC (Perse y col. 1988).

Entre los ISRSs disponibles, la fluvoxamina tiene la vida media más corta (alrededor de 15 horas), la menor ligazón a las proteínas y la más baja actividad noradrenérgica y dopaminérgica. La fluvoxamina es incompatible con diversos medicamentos (terfenadina, astemizol, teofilina, propranolol). Dado que la farmacoterapia debe ser a largo plazo, deben ser consideradas estas potenciales interacciones con fármacos de uso clínico común.

### *Sertralina*

La sertralina es un inhibidor potente y selectivo de la recaptación sinaptosómica de 5-HT que no tiene ningún efecto adverso psicoestimulante, ni anticolinérgico. A diferencia de los tricíclicos, presenta un amplio margen de seguridad en caso de toxicidad por sobredosis, habiéndose reportado casos de sobredosis de 6 grs, sin efectos letales.

Greist, Chouinard, DuBoff, y col. (1990), efectuaron un estudio doble ciego comparado con placebo, de 3 dosis de sertralina, para el tratamiento de pacientes adultos externos con TOC, que duró 12 semanas. Los pacientes reunían los criterios del DSM-III-R del TOC, con un puntaje mayor o igual a 7 en el NIMH para el TOC y menor de 17 en el HAM-D, sin recibir otros psicotrópicos en forma concomitante. Las variables primarias de eficacia que se utilizaron fueron el Y-BOCS, la escala global para el TOC del NIMH y el CGI. Los 324 pacientes estudiados fueron distribuidos de manera randomizada en cuatro grupos, que recibieron 50 (N=79), 100 (N=81), 200 (N=80) mg/día de sertralina respectivamente o placebo (N=84). Los pacientes a los que se administró diferentes dosis de sertralina, exhibieron una mejoría significativamente mayor desde el inicio del tratamiento que el grupo placebo, en las variables estudiadas. El efecto en el Y-BOCS fue significativo luego de 2 semanas de tratamiento y una mejoría significativa se hizo aparente en las 3 medidas, luego de la cuarta semana respecto al

grupo placebo. Los análisis al final de la experiencia revelaron que no hubo diferencias significativas entre los distintos grupos de dosificación de sertralina, aunque se observó una mayor respuesta en los pacientes que recibieron 200 mg/día. Los efectos adversos, que ocurrieron en más del 10% del grupo con una incidencia significativamente mayor que en el placebo, fueron náuseas, diarrea, insomnio, disminución de la libido y anorexia. La sertralina no tuvo efectos significativos en el pulso, la presión arterial, el peso corporal, los valores de laboratorio o el ECG. Como conclusión, los resultados demuestran que la sertralina, en dosis de 50 a 200 mg, es bien tolerada y resulta efectiva para el tratamiento del TOC.

El TOC es una enfermedad crónica que necesita un tratamiento prolongado y es muy importante que el paciente este informado sobre la necesidad de mantener el tratamiento, por lo tanto, deben minimizarse los efectos adversos, para maximizar el cumplimiento del mismo.

### Elección del fármaco

Una vez hecho el diagnóstico de TOC, hay que escoger entre uno de los agentes ISRS en base al tipo de medicaciones que el paciente recibió anteriormente, dosis, duración del tratamiento y respuestas obtenidas. Debemos recordar que un paciente puede responder selectivamente, a uno de estos agentes y no a los demás, por lo cual, serán sucesiva y cuidadosamente ensayados, en el caso de no obtener resultados favorables con el primero utilizado. Como regla general, los agentes de primera línea para el TOC deben administrarse al menos en tres ensayos separados, dentro del rango de las dosis terapéuticas, durante por lo menos 12 semanas. Puede darse que el paciente presente poca respuesta a dos de estos agentes, pero que responda muy bien a un tercero. Con aumentos progresivos, se llega a las dosis óptimas o a las máximas toleradas. La cuantificación del cambio terapéutico y la severidad de los síntomas debe, necesariamente, hacerse con la escala Y-BOCS. La resistencia al tratamiento es considerada falla, si como mínimo no se logra una reducción de un 35% de los puntajes del Y-BOCS (Jenike y col., 1995). Los pacientes respondedores, suelen permanecer con algunos síntomas residuales y deben ser advertidos que el logro de una cura completa, aunque a veces se da, es un hecho más bien raro.

Recordar que en los pacientes muy ansiosos, es conveniente administrar un ISRS con un perfil más sedante como la sertralina o la paroxetina. Si el paciente presenta insomnio, se puede administrar una benzodiacepina a bajas dosis o zolpidem, durante un periodo inicial de ajuste.

### Causas del fracaso de un ISRS, como tratamiento de primera elección

La no respuesta esperada a un tratamiento puede deberse:

- a que el IRS no produce una respuesta clínica significativa, o
- a la intolerancia o efectos adversos lo suficientemente severos, que impiden cumplir el ensayo con dosis y duración. Antes de decidir la discontinuación, probar con un descenso de la dosis que viene siendo administrada, a 3/4 o 2/3 de la misma, con lo que usualmente desaparece el efecto adverso a los pocos días, y se puede luego volver, de ser necesario, a la dosis terapéutica anterior, sin inconvenientes.

Cuando efectivamente hubo una falla terapéutica con la primera medicación administrada, existen diferentes opciones a seguir:

- Intentar con un ISRS diferente, porque se sabe que si bien son similares, no son exactamente iguales, ni en su espectro de acciones terapéuticas, ni en sus efectos secundarios.
- Utilizar un Inhibidor Selectivo de la Recaptación de Serotonina y Noradrenalina (IRSN), como la Venlafaxina.
- También puede potenciarse la acción de la medicación administrada con otros agentes coadyuvantes, que describiremos más adelante.

### Otros Fármacos

#### Venlafaxina

Es un Inhibidor Selectivo de la Recaptación de Serotonina y Noradrenalina (IRSN). Se utiliza su forma de liberación prolongada denominada Venlafaxina XR, en dosis diarias de 150 a 300mg/día, comenzando con 75mg/día. Con este fármaco se obtienen buenos resultados en algunos casos refractarios al tratamiento con ISRSs. Por sus características farmacocinéticas se asemeja más a la clomipramina con un perfil mucho más benigno de eventos adversos por su mayor especificidad.

#### Triptofano

El triptofano es el aminoácido precursor de la 5-HT, que es transformado por la enzima triptofanhidroxilasa en 5-hidroxitriptofano y luego en serotonina o 5-HT por la deca. boxilasa. Ha sido propuesto como tratamiento para el TOC un estudio abierto con el mismo, efectuado a 7 pacientes, por Yaryura-Tobías y



Bhagavan (1977). Estos autores, encontraron una mejoría considerable en estos pacientes luego de un mes de tratamiento.

### *Ansiolíticos*

De todas las benzodiacepinas, la más estudiada es el clonazepam, que es una benzodiazepina de vida media larga ampliamente utilizada por sus propiedades ansiolíticas y anticonvulsivantes, teniendo también efecto sobre los tics. Se ha comprobado que además de actuar sobre el sistema gabaérgico, lo hace sobre el sistema serotoninérgico, el que, como sabemos, ha sido involucrado en la fisiopatología del TOC (Hewlett, 1993; Wagner, Reches y col., 1986). Esto puede explicar su eficacia parcial y transitoria como agente antiobsesivo (Hewlett, 1993; Bacher, 1990; Pigott, L'Heureux y col. 1992).

Según mi experiencia clínica, la pregabalina puede ser un buen ansiolítico alternativo durante el período inicial para ciertos pacientes severamente afectados, durante la larga latencia del efecto antiobsesivo de los IRSs.

### *Otras Intervenciones Farmacológicas*

Muchos pacientes con TOC pueden ser actualmente ayudados con los modernos tratamientos farmacológicos y conductuales, pero hay que considerar que solamente entre un 50 y un 60%, responden al tratamiento inicial con IRSs. En los casos restantes, una vez ensayados varios IRSs, se pueden emplear algunas tácticas de adición o facilitación, agregando algún agente coadyuvante. Si varios ensayos adecuados con IRSs han fallado, existen opciones farmacológicas alternativas que incluyen:

### *Estrategias con Agentes Coadyuvantes*

Para aumentar el efecto de los IRSs se pueden implementar estrategias de facilitación, para incrementar la acción de los agentes de primera línea, mediante el agregado de diferentes agentes coadyuvantes, que actúen sobre el sistema 5-HT u otros subtipos de receptores o neurotransmisores (NA y DA). Los mismos pueden ser: el clonazepam y neurolépticos atípicos (risperidona).

Dado que el sistema serotoninérgico está compuesto por diferentes subtipos de receptores, con sus agonistas y antagonistas, es probable que muchos pacientes con TOC no respondan o lo hagan parcialmente, debido a que solo parte de su disfunción bioquímica está siendo corregida por una medicación en particular. El agregado de otras medicaciones, con efectos parciales sobre el sistema 5-HT y

otros sistemas de neurotransmisión, puede aumentar los efectos o la eficacia de los agentes primarios (IRSs). Dado que la población de pacientes no respondedores es bastante heterogénea, no existen actualmente, indicaciones precisas al respecto, sino la posibilidad de ir ensayando con los agentes coadyuvantes o de segunda línea, consensuados como útiles. Ellos son el clonazepam y algunos neurolépticos.

El clonazepam puede agregarse a cualquiera de los IRSs, comenzando con dosis de 0,5 mg cada 8 a 12 horas y aumentando de ser necesario, hasta 4 mg/día. Puede ser una buena opción en pacientes ansiosos o agitados o en aquellos con insomnio. Ayuda a algunos pacientes a tolerar dosis altas de fluoxetina, si ensayos previos con la misma se vieron limitados por efectos adversos como ansiedad, acatisia o insomnio. Un ensayo adecuado usando al clonazepam como coadyuvante tiene que durar 4 semanas como mínimo. Los efectos del clonazepam pueden evidenciarse dentro de los primeros días y no en varias semanas como ocurre con los IRSs. Hay que considerar, cuando se prescriben benzodiazepinas, el riesgo potencial de tolerancia y dependencia.

Los Neurolépticos pueden ser efectivos como coadyuvantes, si se agregan a los IRSs cuando se trata de un TOC con tics o un verdadero SGT, TDC o tricotilomanía o si las ideas obsesivas toman un carácter delirante. Un ensayo adecuado con neurolépticos debe durar por lo menos 4 semanas y debe ser discontinuado si no se evidencian signos objetivos de mejoría. Los riesgos usuales asociados a los mismos, en el corto y largo plazo, como el extrapiramidismo y la distonía tardía respectivamente, deben ser explicitados al paciente y ser parte de un informe consentido formal.

Entre los neurolépticos clásicos, el haloperidol es el más utilizado, comenzando con 0,5 mg/día hasta un máximo de 3 mg/día. De los neurolépticos atípicos pueden utilizarse la risperidona, en dosis de 0,5 a 3 mg diarios; la olanzapina en dosis de 2,5 a 10 mg/día, y la ziprasidona, en dosis de 60 a 120 mg/día.

También se puede plantear, en tercera instancia, la administración de clomipramina endovenosa en pacientes con TOC resistentes al tratamiento por vía oral (250 mg IV/día, por 14 días).

### *Estrategias recomendadas en Farmacoterapia del TOC*

#### *Resumen de Estrategias Terapéuticas*

##### *Primera elección*

- Comenzar con IRSs considerados de primera elección para el TOC: Por ejemplo, comenzar con sertralina o fluvoxamina; si no hay una respuesta favorable, agregar un agente coadyuvante, si no hay respuesta o ésta es mínima, puede intentarse un segundo IRS. Si luego de cada período de prueba terapéutica

con un ISRS, no se obtiene buena respuesta, intentar con venlafaxina XR, o eventualmente clomipramina.

- Al mismo tiempo, de ser posible, iniciar una Terapia Comportamental (exposición y prevención de la respuesta).

### *Recomendaciones para mejorar la eficacia de la farmacoterapia*

- Ofrecer al paciente y a sus allegados una explicación del modelo médico de la enfermedad (psicoeducación). Al enfatizar los aspectos biológicos, se aliviarán considerablemente posibles culpas y responsabilidades de "haber causado el problema" por "tener fallas psicológicas". Se debe dejar abierta la posibilidad de iniciar luego una psicoterapia cognitiva-comportamental.
- Respecto al TOC, hay que enfatizar su naturaleza crónica y no anticipar una "curación" total, sino una mejoría sintomática y de la calidad de vida.
- Integrar en los primeros encuentros al cónyuge o a otros allegados en una entrevista conjunta, explicando las posibilidades y objetivos a lograr. Se requerirá del apoyo y comprensión de los mismos para evitar sabotajes producidos por temores, prejuicios o ambivalencias respecto a los fármacos.
- Proveer una explicación detallada de las diferentes alternativas y eventos que pueden ocurrir en el curso del tratamiento como:
  - Posibles efectos adversos,
  - Modificaciones o ajustes de dosis o agregado de fármacos coadyuvantes,
  - Posibilidad de no respuesta y necesidad de cambiar la medicación. Comunicar que existe actualmente un amplio espectro de fármacos disponibles.
- Antes de iniciar la medicación y luego periódicamente, se harán registros con el Y-BOCS u otras escalas para evaluar objetivamente el cambio y los progresos a lo largo del tratamiento.

### *Neurocirugía*

Dentro de los tratamientos biológicos para el TOC, puede considerarse la posibilidad de una intervención neuroquirúrgica si los síntomas son crónicos, severos, debilitantes y el paciente se muestra totalmente refractario, luego de la implementación de un amplio repertorio de intervenciones farmacológicas y cognitivo-comportamentales, correctamente administradas. Los datos disponibles a la fecha, sugieren que estos procedimientos pueden llegar a ser útiles en algunos pacientes y resultan relativamente seguros con las técnicas actuales. Las intervenciones habituales pueden ser la cingulotomía anterior, la capsulotomía

anterior, la tractotomía subcaudada y la leucotomía límbica (tractotomía subcaudada con cingulotomía anterior). La eficacia de estos diversos procedimientos oscila en un amplio rango, que va de un 25 a un 90% de resultados positivos (Chiocca y Martuza, 1990; Mindus y Jenike, 1992). El procedimiento puede hacerse con cirugía estereotáxica y anestesia local. Las secuelas más frecuentes son la aparición de convulsiones, que pueden ser controladas con anticonvulsivantes, y algunas fallas cognitivas leves. Es importante que los candidatos a este tipo de intervenciones, sean evaluados en el preoperatorio por un comité médico interdisciplinario.

## *Terapia Cognitiva-Conductual del TOC*

### *Introducción*

La terapia conductual, también llamada psicoterapia comportamental, es la única modalidad de terapia psicosocial que ha sido desarrollada primariamente para tratar trastornos de ansiedad, como por ejemplo, las fobias. Mientras la mayoría de las psicoterapias se focalizan en los procesos de pensar, expresar y comprender los sentimientos y pensamientos, la terapia conductual comprende básicamente acciones en su desarrollo, de manera programada. Si bien pensamientos y sentimientos son parte de la misma, el foco principal de la terapia comportamental está orientado hacia el hacer o dejar de hacer ciertos actos. Es, por consiguiente, una terapia orientada hacia la acción, que presta mucho menos énfasis a la comprensión y la autoconciencia o *insight* de los propios comportamientos.

En los últimos 20 años, tanto en EE.UU. como en Europa, se ha desarrollado esta forma efectiva de tratamiento para el TOC, por la cual el paciente es invitado a efectuar una serie de actividades o comportamientos programados, siendo las actividades en sí mismas las que comienzan a tener un efecto beneficioso. En el caso del TOC, la terapia comportamental ayuda a los pacientes a aprender a dominar la ansiedad emergente de las obsesiones, y a reducir o eliminar los rituales o compulsiones. Si bien la misma requiere de adaptaciones especiales para las necesidades de cada paciente, comprende un programa estructurado y progresivo de técnicas que enseñan al paciente a emplearlas cuando se le presenten las obsesiones y compulsiones. Se va aliviando así la ansiedad, la incomodidad y la disfunción que las mismas conllevan. La mayoría de estos pacientes se han esforzado en pensar acerca de los motivos de sus obsesiones y rituales y han pedido para ello frecuente ayuda profesional, o de amigos y familiares, sin evidenciar ninguna mejoría. La terapia conductual del TOC se focaliza en comportamientos y pasos específicos que el paciente debe ir asumiendo para disminuir sus síntomas y aliviar la ansiedad consiguiente.



## Procesamiento de la Información en el TOC

Quizás uno de los rasgos centrales del TOC sea la alteración en los procesos de la memoria y el déficit cognitivo (Reed, 1977), pero aún no se han hecho demasiadas investigaciones al respecto. Kozak, Foa y McCarthy (1988) sugirieron que los pacientes obsesivo-compulsivos evidencian disfunciones cognitivas en 4 áreas fundamentales:

- presentar dudas e indecisiones,
- sobreestimar la probabilidad de un daño o peligro,
- tener creencias irracionales asociadas a este daño, y
- presentar disfunciones en la organización e integración de la experiencia.

Las hipótesis cognitivas pueden ser particularmente útiles para ampliar nuestra comprensión de los procesos psicológicos involucrados en la génesis, desarrollo, mantenimiento y tratamiento de los pensamientos intrusivos, particularmente cuando ocurren en ausencia de rituales compulsivos, abiertos o encubiertos.

## Perspectivas Teóricas

### *Teoría del Aprendizaje y Modelos Comportamentales*

Este modelo sugiere que las conductas obsesivo-compulsivas han sido aprendidas mediante un proceso de condicionamiento. Para explicarlo simplemente, esta teoría establece que un suceso neutral puede verse asociado a un temor o preocupación si es apareado con algo que provoque miedo, ansiedad o incomodidad. Entonces el temor se generaliza, de tal manera que tanto los objetos, como los pensamientos e imágenes producen estas sensaciones displacenteras. El individuo se va involucrando en comportamientos tendientes a reducir la ansiedad y como esto le resulta exitoso, aunque sea por cortos períodos de tiempo, repite la conducta cada vez que la vivencia desagradable reaparece.

Por ejemplo, si un individuo tiene que cumplir el ritual de verificación múltiples veces para obtener algún alivio y además se siente presionado por distintos factores, o está distraído por otras preocupaciones mientras lo hace, tendrá que repetirlo muchas más veces por sentir que no lo ha hecho "correctamente" las primeras.

Una vez que tenemos claro cómo son mantenidas las compulsiones o rituales, el tema es qué puede hacerse para romper el círculo vicioso establecido entre los pensamientos obsesivos, generadores de ansiedad y, los rituales reductores de la misma.

Por otra parte, la relación entre obsesiones y compulsiones específicas muchas veces no es del todo clara. Algunas pueden relacionarse mediante la lógica, mientras que otras quizás hayan sido adquiridas al azar o estar vinculadas mágicamente.

## Modelo Cognitivo-Comportamental

Según este modelo, una evaluación poco o nada realista de la amenaza percibida es lo característico del TOC, presentando los pacientes una tendencia a sobreestimar la probabilidad de un evento o salida desfavorable a la situación en la que se encuentran. Carr (1974) destacó la presencia de un número de creencias irracionales y de patrones distorsionados de pensamiento, es decir, de evaluaciones primarias que serían las encargadas de incrementar la probabilidad de hacer estimaciones subjetivas irreales del peligro. Este patrón de pensamiento terminaría siendo ansiógeno. Estas evaluaciones primarias incluyen la idea de que uno debe ser absolutamente competente y adecuado para ser respetado por los demás. Abarcan asimismo la creencia de que cualquier falla puede echar por tierra estas expectativas poco realistas y tiene que ser castigada. Cierto pensamientos y sentimientos que llevan a consecuencias catastróficas deben ser anulados con rituales, que tienden a prevenir o neutralizar estos posibles desastres. Los mismos autores hipotetizaron luego, que los déficits en los procesos de evaluación secundaria, llevan a los pacientes con TOC a subestimar su capacidad de afrontamiento y a incrementar sus estimaciones subjetivas de peligro.

Distorsiones asociadas a la evaluación secundaria, incluyen creencias como:

- algo es o puede ser peligroso o causar molestia o disgusto,
- mejor que confrontar los sentimientos o pensamientos directamente, es realizar un ritual para neutralizarlos,
- es intolerable tener sentimientos de duda y pérdida de control.

Los desajustes cognitivos y las evaluaciones que realizan los obsesivos, evidentemente son diferentes a las que ocurren en otros trastornos de ansiedad como las fobias, e indudablemente tienen mucha utilidad a los fines descriptivos y diagnósticos.

## Técnicas Comportamentales

### *Exposición y Prevención de la Respuesta Ritualizada*

Los dos principios fundamentales de la terapia comportamental del TOC son la Exposición y la Prevención de la Respuesta. La Exposición consiste en que el paciente entre en contacto con los objetos o situaciones temidas y la Prevención de la Respuesta significa no llevar a cabo el ritual que habitualmente realiza para aliviar su ansiedad, como por ejemplo, lavarse las manos compulsivamente si se siente sucio o contaminado. Se la denomina también Prevención de la Respuesta Ritualizada. La distinción entre pensamientos que incrementan la ansiedad, o ansiógenos, y pensamientos que intentan disminuir la ansiedad, o ansiolíticos, es

crítica desde el punto de vista terapéutico. La Exposición se implementa para aquellos pensamientos, objetos o situaciones que incrementan la ansiedad, o sea las obsesiones, mientras que la Prevención de la Respuesta Ritualizada se utiliza para los comportamientos (rituales) o pensamientos (rituales mentales) a los que el paciente recurre para reducir su ansiedad. Mientras que las obsesiones irrumpen en la conciencia (y por consiguiente comprenden temas de daño o enfermedad), los rituales o compulsiones mentales son pensamientos o actos motores voluntarios que intentan reducir el monto de ansiedad producido por las obsesiones. Así que, pensamientos obsesivos referidos a dañar a un niño pueden llevar a la creación de rituales mentales que intentan aliviarlos, como pensar o decir: "Dios no permita que dañe a un niño". Este ritual mental puede ser tan ansiolítico como el lavado de manos para otra persona con TOC obsesionada por la contaminación por gérmenes.

La mayoría de los pacientes con TOC tienen un síndrome completo, es decir, obsesiones y compulsiones. Algunos solo presentan el elemento ideacional, las obsesiones. Y en un muy pequeño porcentaje se observan solamente los componentes motores, los rituales o compulsiones. Muchos pacientes solamente se quejan de sus compulsiones, pero un cuestionario o una indagación cuidadosa, frecuentemente revelan algunas ideas obsesivas, que en algunos enfermos crónicos parecen haberse perdido en el pasado, quedando solo el cumplimiento de rituales estereotipados sin tener pensamientos intrusivos. La base del tratamiento para estas condiciones, como ya dijimos, es la exposición a las obsesiones productoras de ansiedad, o a los estímulos que pueden elicitar estos pensamientos. La prevención de la respuesta, también llamada prevención de la respuesta autoimpuesta o ritualizada, se utiliza como complemento, como una manera de prolongar la exposición.

La aplicación práctica de la regla de la exposición y la prevención de la respuesta, es mucho más simple en un paciente típico que muestre claros pensamientos obsesivos productores de ansiedad y rituales o compulsiones que tienden a reducir su ansiedad. Los pacientes que presentan rumiaciones obsesivas, sin compulsiones evidentes, son mucho más difíciles de tratar, según lo admiten tradicionalmente Stern y col. (1978). Un análisis comportamental cuidadoso, sin embargo, frecuentemente revela que estos últimos pacientes presentan dos elementos en sus rumiaciones. La secuencia sería la siguiente: primero suelen presentar un pensamiento obsesivo que les produce ansiedad, a lo cual sigue un ritual cognitivo o encubierto destinado a reducir su ansiedad. En estos casos se aplican los mismos principios del tratamiento de exposición. En ambos hay una dificultad real de producir una exposición confiable, si el paciente no cancela o pone el pensamiento correcto en su cabeza. Recientes investigaciones han tratado este problema específico (Salkovskis, 1985).

La terapia debe ser planeada, estructurada y sistematizada para lograr los máximos beneficios, al tiempo que el individuo debe estar lo suficientemente motivado y ser consecuente en sus esfuerzos para superar el problema. Será menester que cumpla fielmente las tareas clínicas y para el hogar pues, de otro modo, si hace esto de manera incompleta o aleatoria, tendrá resultados desparejos o negativos y se sentirá frustrado o desalentado por los mismos. El tratamiento deberá ser planeado en conjunto entre terapeuta y paciente, y llevado a cabo por pasos graduados, a un ritmo que favorezca las posibilidades de éxito (ni muy lento ni muy violento).

La "prevención" significa que el paciente, con la ayuda del terapeuta, voluntariamente no realiza el ritual. El requisito básico para el éxito del tratamiento es la motivación.

El paciente debe tener en claro que superar los síntomas OC es difícil y requiere de un esfuerzo persistente.

Para dar un ejemplo de cómo se utilizan la exposición y la prevención de la respuesta, citemos el caso clínico de un paciente que teme contaminarse por los microbios. Por consiguiente, evita tocar las manijas de las puertas, los teléfonos públicos, o dar la mano a otras personas. Si se ve obligado a realizar alguno de estos actos, se lavará repetidamente las manos, de 20 a 30 veces por día. La exposición podría consistir en solicitarle que comience gradualmente a tocar objetos supuestamente contaminados, como manijas, teléfonos, y que luego vaya estrechando la mano a otras personas, primero conocidas y luego desconocidas. La prevención de la respuesta se basa en reducir el número de veces que realiza los rituales compulsivos de lavado. Como estrategia, le permitimos elegir con cuáles objetos y personas va a contactar de entrada, comenzando con aquellos que él considere relativamente "seguros" o menos contaminados, y que vaya disminuyendo la frecuencia del ritual de lavado poco a poco (por ejemplo, de 30 a 25 veces por día). Se le solicita que durante el período intersesión, lleve un registro diario de sus tareas y de las vivencias consiguientes, las que traerá en la sesión posterior para su evaluación. En la medida en que la terapia progrese gradualmente, para lo cual se requiere de su compromiso constante, se irá sintiendo preparado para tocar objetos o personas supuestamente más contaminantes, e irá disminuyendo el número de lavados diarios hasta llegar a lo considerado normal. Finalmente, se le explica que debe correr los mismos riesgos que el resto de las personas, respecto de los gérmenes y la limpieza.

En ocasiones puede resultar útil para algunos pacientes ir más allá de lo considerado normal, para luego regresar a la normalidad. Por ejemplo, en esta modalidad de terapia comportamental, a un paciente como el anterior se le podría requerir que manipule algunos objetos a los que la mayoría de las personas les tendrían alguna repulsión o resistencia, como la cara inferior de un asiento de inodoro, y luego se abstengan de lavar sus manos por un período prolongado, que puede llegar a varias horas. Aunque la mayoría de las personas lava sus manos luego de

utilizar el inodoro, al paciente le resulta sorprendente ver cómo muchas personas no lo hacen y no tienen consecuencias nocivas a causa de ello. Estas técnicas resultan más drásticas y son igualmente útiles y más rápidas si el paciente está dispuesto a asumir el riesgo de cumplirlas.

## Psicoeducación y TOC

Hay muchas personas que desconocen aspectos relacionados con su problema, como por ejemplo, la forma de controlar su ansiedad o angustia, superar el distrés o una serie de tácticas que le permitirán afrontar mejor la enfermedad.

Los formatos estructurados de terapia grupal, especialmente los de plazo limitado o breve, son de mucha utilidad. En ellos se brinda información y ejercicios para instrumentar los recursos básicos de afrontamiento de los pacientes, lo que les permite mejorar su autoestima o sentido de valía y les brinda una actitud de autoeficacia. El terapeuta promueve la información acerca del tema y luego facilita discusiones interactivas acerca de lo pertinente a la problemática de la enfermedad, empleando temas estructurados para cada paciente. La transmisión de los conceptos, debe ser en un lenguaje simple y adecuado a su nivel sociocultural. Diversos recursos didácticos como diapositivas, videos o films ilustrativos y dramatizaciones son de mucha utilidad.

Es muy importante brindar al paciente de TOC y a su familia una explicación lo más completa posible sobre la enfermedad, sus probables causas y sus bases neurobiológicas. El enfermo, mientras mantenía en secreto sus síntomas, es probable que haya pensado ser el único en el mundo que tenía estos problemas. El saber que ya no está solo y que una de cada 50 personas (2% de la población) sufre de algo similar le es de mucha utilidad. Una vez efectuando un cuestionario, orientado a detectar los diferentes tipos de TOC (ver capítulo Diagnóstico), puede mostrársele, según sea su problemática particular, un *listado de posibles elementos comunes observados en cada tipo*.

### Lavadores y Limpiadores:

*Pensamientos, imágenes o impulsos que producen distrés:*

- "Estoy contaminado" o "Voy a contaminarme".
- "Si toco eso me contagiare".
- "Todavía no me lavé lo suficiente".

*Situaciones u objetos que tienden a ser evitados porque generan compulsiones:*

- Cualquier cosa que puede estar sucia o contaminada como baños públicos, basura, dinero, el piso, etc.

- Determinadas secreciones orgánicas consideradas "sucias" como heces, orina, sangre menstrual, sudor, etc.
- Posibles contaminantes ambientales, químicos, radiactivos, etc.

*Consecuencias temidas si no se evita o ritualiza:*

- "Yo o mis familiares podemos contaminarnos, enfermarnos o morir".
- "Mi ansiedad y preocupación no van a calmar nunca, puedo enloquecer".

*Compulsiones comunes:*

- Lavarse las manos, bañarse, ducharse y/o pedir que lo hagan los allegados (imponer el lavado a pareja o hijos).
- Limpiar y desinfectar superficies, pisos u objetos del hogar.
- Cambiarse y lavar repetidamente vestimentas y ropas de cama.

### Verificadores:

*Pensamientos, imágenes o impulsos que producen distrés:*

- "¿Habré cerrado bien las puertas, ventanas y llaves de gas?".
- "¿Habré atropellado a alguien con el auto sin darme cuenta?".
- "¿Le di una dosis de más del remedio a mi hijo enfermo?".
- "¿Habré dejado alguna aguja o vidrio roto en el piso?".

*Situaciones u objetos que tienden a ser evitados porque generan distrés:*

- Cometer un error ortográfico o numérico, por ej. equivocar la cifra en un cheque, un balance comercial o los términos de una carta.
- Cualquier situación potencialmente dañina para sí o terceros, como abandonar la casa sin asegurarse que está todo cerrado y apagado, cocinar sin cerciorarse que haya algo peligroso mezclado con los alimentos, conducir un vehículo sin mirar por el espejo retrovisor para ver si se atropelló a alguien, etc.

*Consecuencias temidas si no se evita o ritualiza:*

- "Algo terrible puede sucederme a mí o a mis seres queridos".
- "Mi casa puede incendiarse".
- "Algún delincuente o ladrón puede entrar en mi casa, robarnos o algo peor".
- "Soy el responsable si algo malo llega a pasar".
- "Me sentiré para siempre culpable por ello".

*Compulsiones comunes:*

- Verificación repetida de llaves eléctricas, de gas, canillas, cerraduras, freno del auto, etc.
- Control repetido de cartas, documentos comerciales, u otros antes de enviarlos.
- Desandar el camino con un vehículo para cerciorarse de no haber dañado a alguien.
- Repetir una secuencia cotidiana mentalmente (verificación mental).



**Repetidores:**

*Pensamientos, imágenes e impulsos que producen distrés:*

- "Mi hijo/padre/marido (etc.) puede tener un accidente".
- "Soy un pecador o una mala persona".

*Situaciones que causan distrés y urgencia para ritualizar:*

(Muchas veces no hay una situación externa que genere el distrés. El paciente descubre que si repite una y otra vez la acción en la que estaba ocupado en el momento de tener el mal pensamiento, su ansiedad puede aliviarse).

- Hacer las cosas de una manera "equivocada".
- Repetir una acción un número "equivocado" de veces.
- Pasar de una habitación a otra sin cumplir con el ritual.

*Consecuencias temidas de no evitar ni ritualizar:*

- "Algún daño o desastre va a ocurrirme a mí o a mis seres queridos".
- "Voy a ser castigado".
- "La mala suerte caerá sobre nosotros".
- "Todos me van a despreciar o a odiar".

*Compulsiones comunes:*

- Repetir una acción hasta que desaparezcan los malos pensamientos, por ejemplo vestirse y desvestirse decenas de veces por día, siguiendo una secuencia específica; o entrar y salir de un lugar caminando hacia adelante y atrás respectivamente, aunque sientan que esto último es ridículo.
- Cumplir secuencias de repetición en un orden específico, sin que exista una conexión lógica sino más bien mágica entre la obsesión y el ritual.

**Ordenadores:**

*Pensamientos, imágenes o impulsos que producen distrés:*

- "Las cosas están desordenadas o fuera de su lugar exacto".
- "Las ropas o sábanas están arrugadas o mal planchadas".

*Situaciones que generan distrés o urgencia para ritualizar:*

- Los objetos no están ubicados en un lugar, o en una secuencia, simetría u orden exactos (ropas, papeles, lapiceras, utensilios, etc.).
- "Alguien estuvo tocando o reordenando mis cosas".

*Consecuencias temidas de no evitar o ritualizar:*

- "Me sentiré muy mal si no reordeno las cosas como es debido".
- Más raramente: "Tendré mala suerte si no está todo en su orden o ubicación correctos".

*Compulsiones comunes:*

- Ordenar los objetos del entorno de una "manera correcta".
- Ordenar los objetos simétricamente o siguiendo ciertas reglas.

**Coleccionistas:**

*Pensamientos, imágenes e impulsos que producen distrés:*

- "¿Qué me pasará si necesito esto algún día y no lo encuentro?"
- "¿Si lo necesito dentro de un tiempo y lo tiré?"

*Situaciones que generan distrés o urgencia para ritualizar:*

- Desprenderse de los objetos que se coleccionan.
- Haber descartado algo que luego podría necesitarse.
- Que alguien toque o intente arreglar o alterar los objetos coleccionados.

*Consecuencias temidas de no evitar o ritualizar:*

- "No voy a tener ni a encontrar lo que necesite alguna vez".

*Compulsiones comunes:*

- Coleccionar objetos inútiles.
- Ordenar su colección de una manera particular.

**Ritualistas Mentales y Obsesivos Puros:**

*Pensamientos, imágenes e impulsos que producen distrés:*

- Excesivas autocríticas o críticas hacia los demás.
- Pensar que se cometió un error o equivocación.
- Pensamientos o imágenes de dañar, violentar o matar a alguien, o de cometer un acto inmoral o sexualmente perverso.
- Pensamientos de algún evento futuro ominoso o desagradable.
- Hacer algo vergonzante, proferir blasfemias u obscenidades.

*Situaciones que generan distrés o urgencia para ritualizar:*

- Cualquier lugar asociado a pensamientos perturbadores,
- Cualquier situación en la que se puede cometer un error terrible.

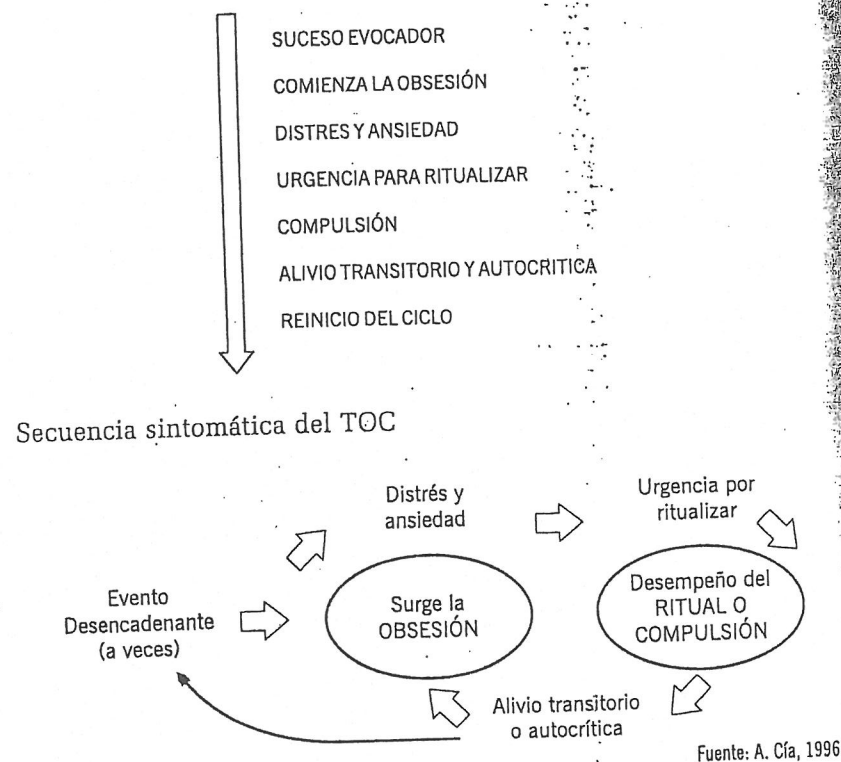
*Consecuencias temidas de no evitar o ritualizar:*

- "Algo terrible va a ocurrir".
- "Voy a herir o matar a alguien por accidente".
- "Seré castigado o humillado".
- "La mala suerte me perseguirá".

*Compulsiones mentales comunes:*

- Repetir mentalmente frases tranquilizadoras o rezar.

- Contar o hacer listas mentales.
  - Repetir actividades y secuencias imaginariamente.
- Una vez leída esta lista orientadora, el paciente puede efectuar su propia lista, considerando los tres primeros ítems mencionados para el o los subtipos que le correspondan (Pensamientos, Situaciones y Consecuencias temidas). Luego debe adjudicar a cada uno de ellos un puntaje de 0 a 100, según el distrés y ansiedad que le produzcan.



### Descripción de Técnicas

#### *Utilización de la Exposición y Prevención de la Respuesta para las Rumitaciones Obsesivas y/o los Rituales Cognitivos*

Foa y col. (1983) trataron con exposición y prevención de la respuesta a 50 pacientes con TOC, y concluyeron que el 58% mejoró mucho, el 38% mejoró algo y el 4% no obtuvo mejoría. Estos autores concluyeron que la exposición y

la prevención de la respuesta deben ser considerados el tratamiento de elección para los ritualizadores obsesivo-compulsivos, dado que llegan a beneficiar al 75% de los pacientes que entran en tratamiento.

Estas intervenciones comportamentales han significado un aporte revolucionario al tratamiento del TOC. Aunque no tengan ideas delirantes, se presume que los pacientes con ideas sobrevaluadas suelen ser difícilmente convencidos de que reconozcan la irracionalidad de sus creencias. En estos casos las intervenciones cognitivas podrían ser más efectivas.

### *Compromiso del Cónyuge y de la Familia en la Terapia*

Diversos autores han relatado el hecho de que los cónyuges y familia frecuentemente se ven envueltos en los rituales obsesivo-compulsivos de los pacientes, y que se observan problemas maritales asociados al TOC. Esto eleva la posibilidad de que una terapia de pareja, o al menos el compromiso del cónyuge en el tratamiento, podrían tener efectos beneficiosos. Hafner (1982) sugiere que el compromiso o involucración del cónyuge en el tratamiento puede tener efectos beneficiosos en la terapia.

### Técnicas de Auto-ayuda

Previamente hemos descrito por qué las compulsiones o rituales perduran y continúan afianzándose. Esto se debe a que brindan un alivio temporario de los sentimientos negativos que las obsesiones producen. Dado que el obsesionar genera distrés, estas personas solamente encuentran que ritualizando encuentran momentos de paz o alivio. Este mecanismo es el que los va arraigando a secuencias o rituales rígidos, de los cuales no pueden escapar y a veces pasan a dominar su vida.

Como veremos *hay distintas maneras posibles de modificar las compulsiones, aunque exigen práctica por parte del paciente. No se trata de que las practique a todas, tan solo debe leer cuidadosamente cada una de ellas y elegir la que le gustaría intentar. Dado que no hay reglas fijas acerca de cuál es la mejor, la persona tiene que optar por alguna de ellas y luego darse a sí misma la oportunidad de trabajarla. No hay que descartar de entrada ninguno de estos métodos, puesto que ello no le ayudará cuando decida practicar las primeras veces.*

Las opciones son las siguientes:

- 1- Posponer el ritual.
- 2- Enlentecer el desempeño del ritual, pensando y actuando en "cámara lenta" durante el mismo.
- 3- Cambiar algún aspecto del ritual.
- 4- Agregar alguna consecuencia distinta cada vez que ritualice.
- 5- Decidir no ritualizar.



Pasamos a describir cada una de ellas:

### 1. *Posponer el ritual*

Implica, de manera similar a lo hecho con las obsesiones, postergar el ritual por un tiempo, asignándole un momento específico posterior. El primer paso es identificar cuáles son los rituales y elegir entre alguno de ellos aquel que sea el más fácil de posponer. La próxima vez que la persona se sienta compelida a actuar, tratará de demorar su desempeño compulsivo por un tiempo específico. Esta tarea es muy importante por dos aspectos:

- Le permitirá al paciente tolerar períodos más largos de angustia, en vez de reducir los mismos mediante el ritual.
- Cada posposición exitosa le significará que pueda retomar paulatinamente su sentido de autocontrol. Si no puede hacerlo, es decir si tiene que desempeñar el ritual, puede aplicar alguna de las siguientes prácticas:

### 2. *Enlentecer el ritual*

Esto implica pensar y actuar en cámara lenta durante el mismo. Una de las ventajas de esta práctica de enlentecimiento, es que disminuyen las tensiones, las presiones y el enojo, con lo que el ritual pierde poder y compulsividad. Si la obsesión es verificar las cerraduras, se le solicita aproximarse lentamente a cada puerta, tomarse unos momentos para respirar, comprobar la sensación del metal en sus dedos, accionar cerraduras y pasadores con calma, sintiendo el sonido de las mismas. Una vez que concluya, debe preguntarse a sí mismo si la puerta está bien cerrada. Cuando esté en condiciones de responderse que sí, podrá retirarse lentamente del lugar.

### 3. *Cambiar algunos aspectos del ritualizar*

Previo a esto, el paciente tendrá que analizar los modos característicos o secuencias específicas de la compulsión, tomando nota y describiendo sus pensamientos y movimientos exactos, en el orden que ocurran y el cómo, cuándo y dónde ritualiza. Son importantes, además del número de repeticiones, los objetos que emplea, las emociones suscitadas, el lugar en que ocurren y los sucesos o pensamientos desencadenantes y la urgencia que tenga por ritualizar. El beneficio de esta práctica consiste en que se encontrará en condiciones de alterar las compulsiones, sin asumir el riesgo de tratar de detenerlas todas juntas. Esta tarea la realizará más adelante, dado que momentáneamente éste trabajo le resultará demasiado grande.

Al cambiar aspectos importantes del patrón ritualístico, es probable que rompa la magia poderosa que los rituales tienen para él y, por otra parte, verá que el ritual modificado puede llegar a brindarle un alivio temporario similar al original. Con ello comenzará a introducir cierta flexibilidad o alternativa en las secuencias rígidas anteriores.

### 4. *Agregar alguna consecuencia distinta cada vez que se ritualice*

Otra tarea puede ser agregar una consecuencia al ritual cada vez que lo realice, en lugar de cambiar cómo o cuándo ritualiza. Cada vez que se lleve a cabo el ritual deberá desempeñarse alguna tarea adicional, totalmente desvinculada de las tendencias compulsivas, o hacer algo que requiera interrumpir sus rutinas habituales, por ej.: hacer ejercicios, dar una caminata, o hacer algo que implique una carga. Las consecuencias deben incluir algún castigo, e implicarle tiempo y esfuerzo.

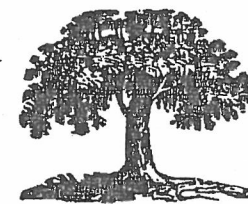
### 5. *Elegir no ritualizar*

Este es el paso más difícil a dar y es equivalente a la mencionada prevención de la respuesta ritualizada. Suele dejarse como último paso pues, en definitiva, es la opción que la persona deberá elegir a medida que vaya adquiriendo el control sobre los rituales. Se entiende que las personas han ensayado previamente las 4 técnicas señaladas más arriba a los efectos de encarar con menor ansiedad la presente técnica. Requiere por parte de la persona de un gran compromiso y determinación a los efectos de retirar definitivamente el comportamiento compulsivo.

Edna B. Foa y Reid Wilson

## Venza sus obsesiones

Traducción de Delia Mateovich



ROBINBOOK

Si usted desea que le mantengamos informado de nuestras publicaciones, sólo tiene que remitirnos su nombre y dirección, indicando qué temas le interesan, y gustosamente complacémos su petición.

Ediciones Robinbook  
Información Bibliográfica  
Apto. 94.085 - 08080 Barcelona

A todos los pacientes que nos enseñaron  
cómo enseñar a los demás

Título original: *Stop Obsessing!*

© 1991, Dra. Edna Foa y Dr. Reid Wilson.

© 1992, Ediciones Robinbook, SL.

Apto. 94.085 - 08080 Barcelona.

Diseño cubierta: Regina Richling.

Fotografía: Alfred Gescheidt (The Image Bank).

ISBN: 84-7927-047-0

Depósito legal: B-29.747-1992.

Impreso por Liberaf, Constitució, 19, 08014 Barcelona.

Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización escrita de los titulares del Copyright, bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares de la misma mediante alquiler o préstamo públicos.

Impreso en España - *Printed in Spain*

### 3. Preparación para su programa de autoayuda

Si usted sufre de preocupaciones persistentes o de conductas compulsivas, es dolorosamente consciente de lo tediosos y agotadores que pueden ser sus síntomas. Tiene conocimiento de lo fútiles que resultan los intentos de combatir estos pensamientos angustiantes a través de comportamientos absurdos, sólo para obtener unos minutos de sosiego. Sabe que pronto volverá a comenzar todo el ciclo y, sin embargo, no puede detenerlo.

Debido a lo absorbido que se halla por su problema, es probable que no le resulte fácil distanciarse y analizarlo objetivamente. No obstante, este capítulo está diseñado para ayudarlo a observar con perspectiva sus síntomas OC. El enfoque-propuesta gradual que se esboza aquí está tomado de un programa de tratamiento especializado para obsesiones y compulsiones que se ha desarrollado y perfeccionado a lo largo de los últimos veinte años.

#### Preocupaciones y obsesiones

Sus obsesiones pueden ser divididas en tres partes. La primera parte es la angustia que siente cuando se enfrenta a determinadas situaciones u objetos. La segunda la constituyen los pensamientos, imágenes o impulsos que provocan su angustia, ansiedad, o vergüenza. La tercera es lo que usted teme que sucederá si no se protege a sí mismo o a los demás mediante la ritualización, la repetición de palabras o números, la evitación de ciertas situaciones, o la lucha contra la obsesión.

Por ejemplo, las siguientes son situaciones específicas que se sabe provocan angustia: si usted es un «atormentado», puede llegar a angustiarse cada noche que su hija adolescente acude a una cita. Si es un «verificador», tal vez se siente intranquilo cuando se aleja de la puerta principal de su casa en dirección a su trabajo, o

cuando deja los artefactos eléctricos enchufados o choca contra un bulto cuando conduce su coche. Si es un «lavador», puede llegar a sentirse inquieto después de usar un retrete público, manipular cera para muebles o un pulverizador de insectos, recoger cosas del suelo, o tocar el pomo de la puerta de un edificio público. Si es un «acumulador», podría sentirse sumamente angustiado cuando al ir por la calle deja atrás un trozo de papel inservible.

Piense en las cosas que le afectan y preocupan. Escriba en detalle de diez a quince situaciones u objetos que le provoquen la mayor angustia, ansiedad o vergüenza, situaciones que susciten su impulso más intenso de ritualizar. Una vez que haya hecho esto, observe la Tabla 1, en la página siguiente. Advertirá que en el lado derecho hay una columna de números. Estos números representan el grado de angustia que usted siente cuando se enfrenta a una situación u objeto. Esta escala de angustia va de 0 a 100. En esta escala, 0 indica que al estar en la situación, tocar el objeto, o hallarse cerca de él no siente ninguna angustia en absoluto. El número 100 significa que la situación es la más angustiante que pudo imaginar y que le provocará una enorme ansiedad o angustia. En esta escala imaginaria, usted clasificará cada situación en algún lugar entre 0 y 100. Las situaciones que producen sólo una ansiedad leve pueden ser clasificadas en niveles tan bajos como 10 o 20. Si puede imaginarse moderadamente angustiado, clasificará la situación aproximadamente en el nivel 50. Si considera que estaría muy ansioso, clasifique la situación en 70 u 80.

Ahora transfiera a la Tabla 1 las situaciones de su lista que le provocan al menos inquietud moderada, situaciones que clasificaría en el apartado «aprox. 50». Continuando con la lista, incluya las situaciones u objetos que originen el nivel de angustia indicado en la columna de la derecha. Por ejemplo, si usted es un «verificador» y no puede conducir sin comprobar su ruta una y otra vez, considere cuán ansioso se sentiría si fuese a conducir en medio de una calle ocupada por muchos peatones sin poder comprobar a través de su espejo retrovisor. Si esta situación es la más angustiante que pueda imaginar, escríbala en el espacio designado como «aprox. 100». Conducir por la carretera de una zona desierta puede provocarle sólo angustia moderada. Si es así, escríbalo en el espacio designado como «aprox. 50». Siguiendo este procedimiento, apunte hasta diez situaciones. No es necesario llenar todos los espacios.

Algunas personas no se angustian por situaciones u objetos reales. Su aflicción siempre es causada por pensamientos, imágenes



TABLA 1:  
SITUACIONES QUE ME PROVOCAN ANGUSTIA, ANSIEDAD, O ME IMPULSAN  
A RITUALIZAR

	<i>Grado de Ansiedad (0-100)*</i>
1. _____	aprox. 50
2. _____	aprox. 60
3. _____	aprox. 70
4. _____	aprox. 70
5. _____	aprox. 80
6. _____	aprox. 80
7. _____	aprox. 90
8. _____	aprox. 90
9. _____	aprox. 95
10. _____	aprox. 100

\* 0 = ausencia de ansiedad; 100 = mayor ansiedad posible.

o impulsos. Si su problema OC es de esta clase, pase por alto la Tabla 1 y comience con la Tabla 2.

El segundo componente de las obsesiones se refiere a los pensamientos, imágenes o impulsos que provocan su angustia, ansiedad y vergüenza. Ejemplos de estos tipos de pensamiento y apremios son el impulso de hacerse daño a uno mismo al chocar contra un árbol; o el pensamiento: «Estoy contaminado»; o el interrogante: «¿Eché el cerrojo a la puerta principal de mi casa?». Examinar estos pensamientos no es una tarea fácil, de modo que tómese tiempo para reflexionar sobre las ideas obsesivas que han irrumpido en su mente con mayor frecuencia en las dos últimas semanas. Utilice la Tabla 2 (página 71) y consigne esas obsesiones en los espacios designados. Al hacerlo, siga las mismas instrucciones indicadas para la Tabla 1.

El tercer elemento integrante de una obsesión es que lo que teme *sucedará* si no se protege, a usted y a los demás, mediante la ritualización, repitiendo palabras o números, evitando determinadas situaciones, o combatiendo de alguna manera las obsesiones. Si está preocupado por un examen, tal vez teme que si no continúa repitiendo ansiosamente los hechos, olvidará los temas más importantes a recordar. Si es un «verificador», puede preocuparle que un descuido de su parte permita que un ladrón entre en su casa para

TABLA 2:  
PENSAMIENTOS, IMÁGENES O IMPULSOS QUE ME PROVOCAN ANGUSTIA

	<i>Grado de Angustia (0-100)*</i>
1. _____	aprox. 50
2. _____	aprox. 70
3. _____	aprox. 80
4. _____	aprox. 90
5. _____	aprox. 90
6. _____	aprox. 100

\* 0 = ausencia de angustia; 100 = mayor angustia posible.

robarle y hacer daño a su familia, todo porque no se aseguró de que las puertas y ventanas estuviesen cerradas adecuadamente. O tal vez se obsesiona con la idea de que su casa sea arrasada por el fuego debido a que no verificó como corresponde el horno o los artefactos eléctricos. Si es un «repetidor», podría preocuparle que si descuida repetir acciones, números o palabras de un modo determinado, usted o sus seres queridos se verían afectados por un accidente grave.

Si es un «lavador», quizás le inquiete el uso de productos químicos domésticos que pudo haber tenido en sus manos poniéndose luego a cocinar sin haberse lavado adecuadamente, provocando de este modo que quienes coman su comida enfermen. O puede preocuparle el hecho de haber utilizado el retrete sin lavarse bien las manos, y a causa de ello caerá enfermo o enfermarán otros.

Algunos obsesivo-compulsivos no se preocupan por un desastre futuro específico. Sólo les preocupa el hecho de llegar a sentirse sumamente inquietos a menos que laven, limpien, verifiquen u ordenen. Otros temen que suceda algo malo, pero no saben exactamente qué.

Reflexione en lo que teme que sucederá si no pone empeño en su acción o pensamiento ritual. Indique estos miedos en la Tabla 3. Cuando consigne por escrito las consecuencias que teme, observe que existen dos tipos. El primero incluye consecuencias que proceden de situaciones externas, tales como el fracaso en una prueba, ser víctima de robo si una puerta no está cerrada adecuadamente, o contraer una enfermedad por tocar un objeto. El segundo

TABLA 3:  
CONSECUENCIAS TEMIDAS POR NO EVITAR O RITUALIZAR

	Grado en que creo que ello me angustia (50-100)*	Grado en que creo que esto sucederá realmente (0-100)+
A. Consecuencias procedentes de situaciones externas		
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
B. Consecuencias causadas por mis pensamientos o impulsos		
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____

\* 50 = angustia moderada; 100 = mayor angustia posible; + 0 = no creo que suceda; 100 = sucederá inexorablemente.

incluye consecuencias causadas por sus pensamientos o impulsos, tales como: «Apuñalaré a mi hijo en forma accidental», «Perderé el control y enloqueceré» o «Mi angustia no desaparecerá nunca y siempre me sentiré terriblemente inquieto». Escoja consecuencias que provoquen niveles de 50 a 100 en su escala de angustia, y anótelas en la Tabla 3. Escriba un número de 50 a 100 junto a cada inquietud para indicar el grado de angustia que le ocasiona.

Ahora queremos que haga otro juicio sobre cada consecuencia. Clasifique cuánto *crea usted* que cada consecuencia temida *será realidad* si usted deja de ritualizar o de combatir la obsesión. Es importante que cuando realice este juicio permanezca calmo y piense lo más racionalmente que pueda en qué medida cree que sus miedos se harán realidad *realmente*. Piense con su cabeza, no con su miedo. Utilice una escala de 0 a 100. El cero significa:

«Realmente no creo que suceda, aun cuando me asusta mucho». Una clasificación de 100 significa: «Creo que, sin lugar a dudas, sucederá». Usted puede haber observado que existen objetos, situaciones, pensamientos o actividades específicas que evita. Muchos «lavadores» que se preocupan por los gérmenes evitan utilizar los aseos públicos. Por ejemplo, David, cuyo caso se describió en el capítulo 2, evitaba conducir solo o hacer caminar a su hija sobre suelos de hormigón. Es probable que los «ordenadores» eviten invitar huéspedes a sus casas por temor a que éstos alteren la disposición de sus objetos. Y la persona que tiene miedo de poder llegar a apuñalar a su hija esconderá todos los cuchillos de cocina.

¿Cuáles son las situaciones que evita con el objeto de obtener alguna sensación de seguridad? Enumere tales situaciones, objetos, pensamientos o actividades en la Tabla 4 (página 74). Junto a cada ítem, indique la frecuencia con que las evita, utilizando una escala de 0 a 100. El cero significa: «No la evito nunca». El 100 significa: «La evito siempre». Por supuesto, como con todas las demás escalas, existen puntos intermedios. Si usted evita una situación un 50 % de las veces, escriba 50 junto a ella, y así sucesivamente. Este ejercicio le ayudará a identificar las situaciones que tiende a evitar y a planificar su programa de autoayuda en el capítulo 7.

## Cómo analizar sus compulsiones

Ahora usted ya ha aprendido muchísimo más sobre sus preocupaciones y obsesiones al organizarlas de acuerdo con sus diversos componentes. A continuación nos ocuparemos de sus compulsiones, que también llamamos rituales. En la Tabla 5 (página 75) encontrará una lista de comportamientos y pensamientos rituales. Coloque una tilde junto a cada una de las compulsiones que le afectan. Ahora clasifique los rituales que marcó colocando un 1 junto a su ritual más frecuente, un 2 junto al ritual que le sigue en orden decreciente de frecuencia, y así sucesivamente.

Comenzando con el ritual que le ocupa mayor cantidad de tiempo, describa la acción más común que ejecuta dentro de su ritual, y evalúe cuánto tiempo le dedica durante un día típico. Por ejemplo, si es un «lavador», ¿cuántas veces se lava las manos durante el día? ¿Cuánto tiempo le lleva cada lavado de manos? ¿Se lava sólo las manos, o también se lava los brazos? ¿Cuántas veces se ducha? ¿Cuál es la duración de cada ducha? ¿Qué jabones uti-

TABLA 4:  
SITUACIONES QUE EVITO CON EL OBJETO DE SENTIRME SEGURO

	Grado hasta el cual evito (0-100) *
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____
5. _____	_____
6. _____	_____

\* 0 = nunca la evito; 100 = la evito siempre.

liza? Si es un «limpiador», ¿cuáles son los objetos que tiende a limpiar más? ¿Cuánto tiempo pasa limpiando sus ropas? ¿Cuánto tiempo dedica a limpiar las ropas de los demás? ¿Los muebles? ¿Los suelos, los fregaderos, los retretes? Si es un «verificador», consigne cuáles son las cosas que tiende a verificar más, tales como puertas, ventanas, artefactos eléctricos, luces específicas en la casa u oficina, el coche, la ruta que acaba de recorrer, el talonario de cheques, o los formularios que ha rellenado.

Si es un «ordenador», describa exactamente qué es lo que ordena. ¿Dedica mucho tiempo a hacer la cama? ¿A arreglar la ropa? ¿Los cuadros? ¿Otros objetos de su casa? ¿Los cajones? ¿Dispone las cosas en forma simétrica?

En los últimos capítulos utilizará la información consignada en este cuadro cuando diseñe su programa de autoayuda. Ello le ayudará a establecer cuáles son las características de sus rituales que puede modificar y cuáles son los rituales a los que debe enfrentarse en primer término.

### Diferenciación de las obsesiones y compulsiones de otros problemas psíquicos

Ahora comience a reflexionar sobre la relación entre sus obsesiones y sus compulsiones. ¿Se dedica a rituales tales como lavarse las manos para reducir su preocupación por la enfermedad con el objeto de reducir su angustia obsesiva? ¿O repite acciones tales

TABLA 5:  
COMPULSIONES CONDUCTUALES Y COGNITIVAS

Compulsión	Grado
_____ Lavar	_____
_____ Limpiar	_____
_____ Verificar	_____
_____ Repetición de acciones	_____
_____ Ordenamiento de objetos	_____
_____ Acumulación	_____
_____ Rezar	_____
_____ Rituales mentales	_____
_____ Números «buenos»	_____
_____ Enumeración o repaso mental	_____
_____ Otras	_____

Acciones comunes de mi ritual	Cantidad de tiempo que le dedico cada día
Ritual #1: _____ Acción: _____	_____
Ritual #2: _____ Acción: _____	_____
Ritual #3: _____ Acción: _____	_____
Ritual #4: _____ Acción: _____	_____

como dar golpecitos en la mesa o mesarse los cabellos una y otra vez sin tener idea de por qué las ejecuta? Su respuesta a estas cuestiones es muy importante.

Este programa de autoayuda está especialmente diseñado para personas que sienten que sus preocupaciones y obsesiones son exageradas y no deseadas, cuyas compulsiones y prevenciones se proponen disminuir su angustia. Si usted no reconoce que su com-

portamiento ritual lo protege directamente de verse abrumado por la angustia, y si sus compulsiones son puramente automáticas, entonces le sugerimos que consulte a un profesional de la salud mental para que le brinde asesoramiento. Un especialista en salud mental experimentado puede ayudarle a determinar si sus síntomas reflejan algún problema psicológico que no sea un TOC.

Los que padecen de otros trastornos mentales también pueden dedicarse a repetir secuencias rígidas de acciones. Por ejemplo, quienes sufren de esquizofrenia a menudo presentan el síntoma de acciones repetitivas, como mover las manos de una manera específica, o caminar con paso firme y rígido. Las personas con trastornos orgánicos, como lesiones cerebrales o retraso mental, también pueden presentar tales movimientos estereotipados. Pero las acciones compulsivas del paciente OC *son* distintas a las demás acciones repetitivas. En el TOC la acción compulsiva tiene la finalidad de neutralizar algún pensamiento o imagen obsesivos, y se propone reducir directamente la angustia obsesiva o evitar una catástrofe futura.

Los individuos ritualizadores con otro tipo de problemas psicológicos normalmente no tendrán una explicación lógica. Sólo los obsesivo-compulsivos tendrán una explicación que vincule las obsesiones y las compulsiones. Estos individuos sufren de pensamientos repetitivos desagradables (obsesiones) y utilizan los comportamientos repetitivos (compulsiones) para sentirse mejor.

Las compulsiones también son distintas a los hábitos exagerados como alimentarse en exceso, comerse las uñas o arrancarse cabellos de la cabeza, conocido este último como tricotilomanía. En estos comportamientos no existe angustia, culpa o vergüenza específica que los comportamientos compulsivos deban compensar. No existen consecuencias catastróficas esperadas si la persona se resiste al impulso de entregarse a un hábito nervioso.

Por ejemplo, los que comen en exceso pueden sentir una acumulación progresiva general de tensión. Comienzan a pensar en comida y empiezan a sentirse urgidos a comer. Se resisten a dirigirse a la nevera, pero finalmente ceden y se dan un atracón. Esto les brinda alivio a su tensión, aun cuando luego podrían comenzar a sentir culpa o vergüenza, o a lamentar las consecuencias de comer en exceso.

A diferencia de los que comen en exceso, los obsesivo-compulsivos no se entregan a una compulsión simplemente para obtener alivio de una tensión *general*. Sufren bastante angustia *específica* de la que buscan alivio, y a menudo temen las consecuen-

cias *específicas* por no ritualizar, tales como: «Si no me lavo, me contaminaré y enfermaré» o «Si no verifico, la casa se incendiará». Nuevamente, las compulsiones están directamente relacionadas con el alivio de la angustia de la obsesión, o con evitar que sucedan las consecuencias temidas.

Otra diagnosis que a veces se confunde con el TOC es la personalidad obsesivo-compulsiva. Todos hemos conocido personas que constantemente se esfuerzan por alcanzar la perfección, que tienen modelos estrictos y, a menudo, inalcanzables, que prestan una atención exagerada a los detalles, siguen normas de vida rígidas y tienen dificultades para desviarse de ellas. Las personas que tienen personalidades obsesivo-compulsivas se muestran excesivamente preocupadas por la limpieza y el orden, y llegan a extremos elevados para evitar cometer errores. Parecería que el estilo de personalidad de estos individuos guarda relación con el TOC. De hecho, algunas personas con TOC también son consideradas personalidades obsesivo-compulsivas. Otras no lo son. Así, no toda persona limpia y ordenada padece el TOC.

Al mismo tiempo, no todos los obsesivo-compulsivos son limpios y organizados. Por ejemplo, si usted entra a la casa de un «lavador» obsesivo-compulsivo, en realidad podría encontrarse con un cuadro de caos y suciedad. Esto se debe a que la persona está tan absorbida por la tarea de ritualizar y preocuparse por la contaminación, que no tiene tiempo para dedicar a la organización o limpieza normal de su entorno. Muchos «lavadores», como el caso de Robin que tratamos en la introducción, se abstienen de limpiar sus casas por temor a difundir la contaminación a su alrededor.

En este punto queremos enfatizar nuevamente que la mayoría de los obsesivo-compulsivos son capaces de admitir que, en gran medida, tanto sus obsesiones como sus compulsiones son absurdas. A pesar de que gastan muchísima energía preocupándose acerca de posibles catástrofes y tratando de protegerse a sí mismos y a los demás de sufrir daños, son conscientes de que sus obsesiones son generadas en sus propias mentes y no les son impuestas por ninguna fuerza externa. Saben que sus compulsiones dependen de ellos mismos, aun cuando sientan que no las controlan. La mayoría reconoce que sus obsesiones y compulsiones verdaderamente carecen de sentido e intentan resistirse a ellas.

Un problema psicológico que se descubre con frecuencia en las personas con TOC es la depresión. No resulta sorprendente que los individuos cuyas vidas llegan a estar absorbidas por pensamientos obsesivos y comportamientos incesantemente repetiti-



vos se vuelvan depresivos. En la mayoría de los casos, la persona experimenta una depresión como reacción a sus síntomas OC y ello generalmente se suprime después de un tratamiento con éxito del TOC.

En algunos casos la depresión se desarrolla primero. Para estos individuos, las obsesiones y cavilaciones generalmente forman parte de un trastorno depresivo. Las personas depresivas se ven a sí mismas como imperfectas y sin méritos. Perciben el mundo que las rodea como negativo y desprovisto de placer. E imaginan que los problemas y frustraciones que sienten hoy no acabarán nunca. En su mente, el día de mañana será tan malo como el de hoy. Sus pensamientos obsesivos tienden a reflejar estos temas: «Soy una persona carente de méritos», «Nunca me sentiré mejor», «Nadie me acepta... ¿por qué deberían hacerlo?».

Si usted está deprimido, puede carecer de energía o motivación para seguir solo su programa de autoayuda. Una opción es asegurarse el apoyo de un amigo que pueda ayudarlo en su práctica. Una segunda opción es consultar a un profesional de la salud mental en busca de ayuda para su depresión antes de comenzar el programa inicial de autoayuda, o durante el programa. También, si realmente no sufre de TOC, un profesional puede indicarle el tratamiento más apropiado para su problema.

### ¿Debería buscar usted ayuda profesional?

Ahora que ha analizado sus síntomas y se ha asegurado de que realmente tiene obsesiones y compulsiones, se halla en condiciones de decidir si debería utilizar el programa de autoayuda por su cuenta o con la guía de un profesional de la salud mental. Vuelva a analizar sus respuestas a las Tablas 1 a 5 en este capítulo. ¿Clasificó varios ítems en las Tablas 1 y 2 como «aprox. 90» o «aprox. 100»? En la Tabla 3, ¿clasificó algún ítem en la columna de la derecha como cercano a 100, indicando que usted cree firmemente que semejante consecuencia sucederá realmente? Ahora observe sus respuestas en la Tabla 5. Sume el total de horas que pasa cada día dedicado a sus rituales. ¿También pasa mucho tiempo entregado a sus obsesiones durante el día? Sume esa cantidad al tiempo dedicado a sus rituales. ¿El total asciende a más de dos horas?

Estas respuestas le ayudarán a decidir. Si sufre de síntomas *serios* (Tablas 1 y 2) y cree *firmente* que algunos de sus temores más angustiantes se harán realidad (Tabla 3) y pasa *dos o más ho-*

*ras por día* entregado a ritualizar (Tabla 5) o a obsesionarse, le alentamos a buscar el asesoramiento de un profesional de la salud mental que se especialice en TOC. Este experto, además de examinarlo, le ayudará a seguir este programa de autoayuda. Sugerimos esto debido a la gravedad de sus síntomas, que interfieren continuamente el desarrollo de su vida cotidiana. Los síntomas graves son más difíciles de superar por su propia cuenta.

### ¿Qué programa de autoayuda debería utilizar usted?

Usted ahora está dispuesto a comenzar su programa de autoayuda. Independientemente de si se comienza solo, con la colaboración de un amigo, o con la de un profesional de la salud mental, todos deberían empezar con el programa inicial de autoayuda que se describe en los tres capítulos siguientes. Está diseñado para todos quienes padecen de TOC y será el único programa que necesitan las personas con *preocupaciones y obsesiones*.

Si usted sufre también de compulsiones, practique las instrucciones del programa inicial de autoayuda, que se describe en el capítulo 5, sobre una base *diaria y constante* durante varias semanas. Si encuentra que está mejorando, entonces puede perseverar en este enfoque. No obstante, si después de unas pocas semanas descubre que no continúa mejorando o que las sugerencias de este programa no le están ayudando a controlar sus síntomas, pase a la tercera parte de este libro, el programa intensivo de tres semanas.



norms for symptom induction procedures: Comunicación presentada en la 22<sup>da</sup> Annual AABT convention, Nueva York.

Zitrin, G. M., Klein, D. F., y Woerner, M. G. (1980). Behavior therapy, supportive psychotherapy, imipramine, and phobias. *Archives of General Psychiatry*, 37, 63-72.

Zitrin, G. M., Klein, D. F., Woerner, M. G., y Ross, D. C. (1983). Treatment of phobias: A comparison of imipramine hydrochloride and placebo. *Archives of General Psychiatry*, 40, 125-138.

#### LECTURAS PARA PROFUNDIZAR

- Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Nueva York: Guilford.
- Barlow, D. H., Craske, M. G., Cerny, J. A. y Klosko, J. S. (1989). Behavioral treatment of panic disorder. *Behavior Therapy*, 20, 261-282.
- Barlow, D. H., Brown, T. A. y Craske, M. G. (1994). Definition of panic attacks and panic disorder in the DSM-IV: Implications for research. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 553-564.
- Beck, A. T. y Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Nueva York: Basic Books.
- Craske, M. G., Brown, T. A. y Barlow, D. H. (1991). Behavioral treatment of panic disorder: A two-year follow-up. *Behavior Therapy*, 22, 289-304.
- Pastor, C. y Sevilla, J. (1995). *Tratamiento psicológico del pánico-agorafobia*. Valencia: Centro de Terapia de Conducta.

## 5. ANÁLISIS Y TRATAMIENTO DE LAS OBSESIONES

MARK H. FREESTON y ROBERT LADOUCEUR

### I. INTRODUCCIÓN

Hasta mediados de los años ochenta y la publicación del *Ecological catchment area survey* (Myers et al., 1984; Robins et al., 1984) y de otros amplios estudios en la población, el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) se consideraba un trastorno raro, con estimaciones del orden del 0,05% (véase Rasmussen y Eisen, 1992). Además, aunque algunos pacientes han manifestado que sufren de "rumiaciones", de "obsesiones puras" y de fenómenos similares en los que no se encuentran presentes compulsiones manifestadas (p.ej., Rachman, 1971, 1976), este tipo se ha considerado tradicionalmente poco frecuente entre los pacientes con un TOC, estimándose en un 20-25% de todos los casos de este trastorno (Emmelkamp, 1982; Marks, 1987; Rachman, 1985). Incluso algo más importante, se cree que esta variante del TOC es muy resistente al tratamiento (véanse Beech y Vaughn, 1978; Greist, 1990; Jenike y Rauch, 1994; Foa, Steketee y Ozarow, 1985).

Durante los últimos diez años se ha producido un número importante de avances. En primer lugar, datos provenientes de Estados Unidos (Karno et al., 1988) y, recientemente, de un estudio epidemiológico transcultural en seis países, han mostrado que el TOC es mucho más prevalente que lo que se había pensado antes: estimaciones recientes colocan la prevalencia del TOC a un año entre el 1,1 y el 1,8% y a lo largo de la vida entre el 1,9 y el 2,5% (Weissman et al., 1994). En segundo lugar, estos mismos autores informan que la proporción de casos de TOC sin compulsiones (es decir, que sólo relatan obsesiones) puede llegar hasta el 50-60%, aunque la entrevista estructurada empleada en esos estudios puede ayudar a incluir un exceso de obsesiones. En tercer lugar, Salkovskis (1985), trabajando en las tempranas descripciones, análisis y recomendaciones para el tratamiento propuestas por Rachman y colaboradores (Rachman, 1971, 1976, 1978; Rachman y De Silva, 1978; Rachman y Hodgson, 1980) para los trastornos obsesivos, proporcionó un amplio modelo de los pensamientos obsesivos y bosquejó un enfoque de tratamiento (Salkovskis y Westbrook, 1989). En cuarto lugar, ha aparecido en la literatura una serie de informes de caso y de estudios de caso único que describen el tratamiento con éxito de las obsesiones por medio de alguna forma de exposición (Headland y McDonald, 1987; Himle y Thyer, 1989; Hoogduin, De Haan, Schaap y Arts, 1987; Ladouceur et al., 1993, 1995; Martín y Tarrier, 1992; Moergen et al., 1987; Milby, Meredith y Rice, 1981; Salkovskis, 1983; Salkovskis y Westbrook, 1989). Estos hallazgos

Université Laval, Québec (Canada).

han cambiado el estatus de las obsesiones puras de ser una variante rara del TOC, resistente al tratamiento, a ser una forma relativamente frecuente con interesantes posibilidades de tratamiento.

## II. CUESTIONES DIAGNÓSTICAS

### II.1. Diagnóstico diferencial

Los criterios del *DSM-IV* (APA, 1994) para el TOC conservan muchas de las características clásicas del TOC que se han descrito en la literatura psicopatológica. El TOC puede diagnosticarse por la presencia de obsesiones o de compulsiones. Hay varios cambios importantes con respecto al *DSM-III-R* (APA, 1987). En primer lugar, las obsesiones se definen ahora como «pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan, al menos en algún momento mientras dura el trastorno, como invasores e inapropiados y provocan malestar o ansiedad en un grado importante» (p. 422). La palabra «sin sentido» se ha sustituido por «inapropiado» y el criterio de «inicialmente» se ha reemplazado por «en algún momento». En segundo lugar, las obsesiones «no son simples preocupaciones excesivas sobre los problemas de la vida real» intentando distinguir de esta manera el TOC del trastorno por ansiedad generalizada (véase Dugas y Ladouceur, cap. 7 de este volumen). Al igual que sucedía anteriormente, aunque no es necesario que estén presentes las compulsiones para hacer un diagnóstico de TOC, se requiere que «la persona trate de ignorar o suprimir esos pensamientos o impulsos o de neutralizarlos con algún pensamiento o acción». El requerimiento de que los pensamientos se vean como de procedencia interna sigue inalterado. Una tercera mejora es que la definición de las compulsiones incluye explícitamente actos mentales: las compulsiones son «conductas repetitivas [...] o actos mentales [...] que la persona se siente impulsada a realizar en respuesta a una obsesión o según reglas que se tienen que aplicar rigidamente» cuyo «objetivo es evitar o reducir el malestar o algún objeto o situación temidos; sin embargo, estas conductas o actos mentales no están conectados de forma realista con lo que se intenta neutralizar o evitar, o son claramente excesivos» (p. 423). Finalmente, una precisión importante es que el grado de introspección del sujeto se reconoce como muy variable: «En algún momento durante el curso del trastorno la persona ha reconocido que las obsesiones o las compulsiones son excesivas o poco razonables. Nota: esto no se aplica a los niños» (p. 423). De hecho, se define un subtipo del TOC, el tipo con poca introspección, cuando ésta no existe en el episodio actual.

### II.2. Comorbilidad

Antes de comenzar el tratamiento es importante establecer que el trastorno obsesivo no está complicado por la existencia de otros trastornos del Eje I o del

Eje II: es normal esperar un cierto grado de comorbilidad. El reciente estudio epidemiológico transcultural mostró unas tasas de comorbilidad a lo largo de la vida del 27% para la depresión mayor y del 52% para otro trastorno por ansiedad (Weissman et al., 1994) y las cifras pueden ser incluso más elevadas en muestras clínicas, especialmente para la depresión mayor (véase Rasmussen y Eisen, 1992). En algunos casos, la terapia cognitivo-conductual de los pensamientos obsesivos debería demorarse o incluso podría estar contraindicada. Por ejemplo, en el caso de un trastorno por pánico o un trastorno por estrés post-traumático comórbidos, podría estar indicado el tratamiento de los trastornos comórbidos en primer lugar, ya que la exposición eficaz a los estímulos de la obsesión podría ser difícil. De igual manera, la depresión grave puede requerir tratamiento antes de intervenir sobre los pensamientos obsesivos (véanse también Steketee, 1993; Riggs y Foa, 1993). El abuso de sustancias psicoactivas o los trastornos psicóticos comórbidos presentan problemas especiales de tratamiento y pudiera estar contraindicado el intervenir en los pensamientos obsesivos con técnicas cognitivo-conductuales. No hay cifras disponibles para los trastornos de personalidad entre este subgrupo de pacientes, aunque once estudios que han realizado una evaluación sistemática de los trastornos de personalidad, según el *DSM-III* y el *DSM-III-R*, han informado que una mediana del 52% de pacientes con un TOC tienen uno o más trastornos de personalidad (véanse también Molnar et al., 1993; Steketee, 1993). Las características de personalidad pueden interferir con el tratamiento, especialmente los rasgos esquizotípicos, que pueden contribuir a una escasa introspección, y las características del trastorno límite, que pudieran evitar la exposición (Steketee, 1993).

## III. UN MODELO CLÍNICO DE LOS PENSAMIENTOS OBSESIVOS

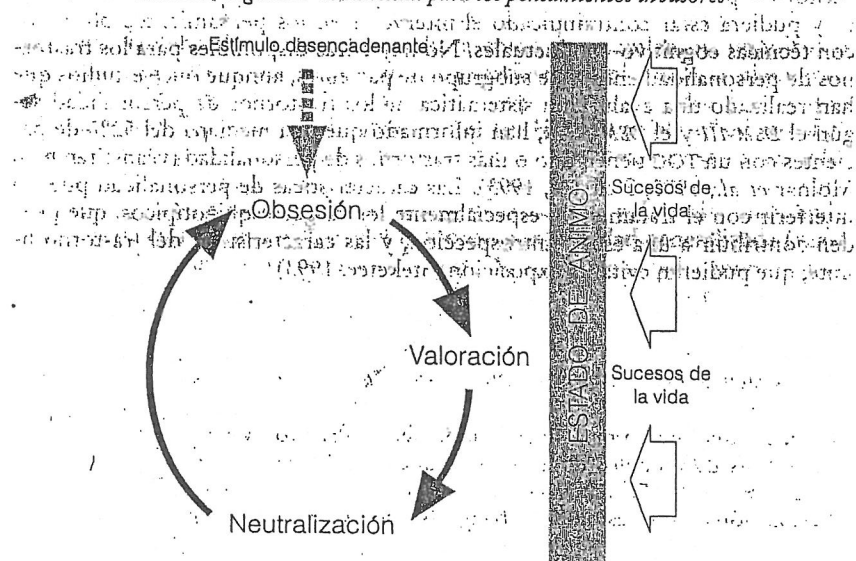
El modelo que se va a presentar seguidamente (Freeston y Ladouceur, 1994a) es una síntesis de modelos cognitivo-conductuales anteriores (p. ej., Rachman y Hodgson, 1980; Salkovskis, 1985) y de nuestra propia experiencia clínica y de investigación con obsesiones sin compulsiones manifiestas.

### III.1. Las obsesiones

Los contenidos informados por los pacientes se refieren habitualmente a la agresión y pérdida de control, a hacer daño, a la negligencia, a ser poco honrado, a los accidentes, a la sexualidad, a la religión, a la contaminación y a las enfermedades. Sin embargo, en ocasiones se dan obsesiones que se refieren a pequeñas ambigüedades de la vida diaria (p. ej., ¿pisé justo en la hendidura, o lo hice un poco antes o un poco después?), preguntas existenciales (p. ej., ¿cuándo entra el alma en el cuerpo?) o pensamientos aparentemente neutrales. En la mayoría de los casos, el individuo reconoce generalmente los aspectos egodistónicos e irracionales de su contenido. Pero en algunos casos, los pacientes no están

convencidos de que los pensamientos sean irracionales (véase Kozak y Foa, 1994, para una discusión). Conforme progresa el tratamiento, los pacientes reconocen gradualmente los aspectos inapropiados, poco realistas, del pensamiento. Las explicaciones actuales del TOC están de acuerdo generalmente en que el contenido de los pensamientos como tales menos importante que el significado que el paciente les atribuye. De este modo, las obsesiones se conceptualizan como un estímulo interno que está sujeto a un procesamiento posterior. Pueden ocurrir espontáneamente o ser desencadenadas por estímulos internos o externos. Los estímulos internos incluyen sensaciones físicas, estados emocionales y acontecimientos cognitivos; mientras que los estímulos externos incluyen objetos, situaciones y personas (véase la figura 5.1).

FIGURA 5.1. Modelo cognitivo-conductual para los pensamientos invasores.



### III.2. La valoración y la percepción de la amenaza

En línea con otros modelos de la ansiedad (p.ej., Beck y Emery, 1985; Clark, 1986), la valoración es un proceso por medio del cual el individuo asigna un significado al pensamiento en términos de su valor, su importancia o sus implicaciones. Si el pensamiento se valora adecuadamente (p. ej., «éste es un pensamiento raro pero no significa nada»), de modo que el individuo trate al mismo como un suceso cognitivo que no tiene necesariamente unos referentes en la vida real, entonces se considera que el pensamiento tiene poca importancia; no

posee ningún valor especial, o no conlleva implicaciones personales especiales. Por otra parte, si el pensamiento se valora de manera inadecuada, de manera que se le asignen implicaciones negativas para el individuo (p.ej., «este pensamiento puede significar que realmente vaya a atacar a alguien»), entonces tendrá lugar algún tipo de procesamiento posterior. De este modo, por medio del proceso de valoración, un elemento invasor adquiere un significado personal y, en caso de valoración negativa, tendrá como consecuencia la percepción de amenaza a sí mismo.

### III.3. Rituales cognitivos, afrontamiento y neutralización

Creemos firmemente que la clave del tratamiento cognitivo-conductual de los pensamientos obsesivos por medio de la exposición y de la prevención de la respuesta consiste en comprender la neutralización. Históricamente, los rituales cognitivos se han definido normalmente de una forma bastante limitada. Por ejemplo, «un ritual cognitivo se define como un acto mental que se lleva a cabo de una manera específica y que consiste en una serie de pasos concretos» (Turner y Beidel, 1988, p. 3). Rachman y De Silva (1978) distinguieron entre *neutralización* y *mecanismo de afrontamiento*. El primero, que se refiere a «intentos de poner las cosas en orden» (Rachman, 1976), consiste en actos que intentan escapar de, o evitar, la obsesión. La neutralización en este sentido limitado se refiere a cualquier acto que pueda «enmendar, neutralizar, reparar, corregir, prevenir o restaurar» (Rachman y Hodgson, 1980, p. 273). Las estrategias de afrontamiento no se definieron, pero se dieron algunos ejemplos: el decir «basta», el distraerse contando, cantando o rezando, la evitación física y la búsqueda de elementos tranquilizadores se incluyeron también entre los mecanismos de afrontamiento. Hemos llevado a cabo un amplio programa de estudios sobre qué hacen los sujetos normales y los pacientes con sus obsesiones y pensamientos invasores utilizando cuestionarios y entrevistas estructuradas (Freeston et al., 1991a, 1991b, 1992; Freeston y Ladouceur, 1994b; Freeston et al., 1995). El panorama general que se obtiene de estos estudios podría resumirse como sigue:

1. La mayoría de los individuos utilizan una serie de respuestas diferentes ante los pensamientos invasores, incluyendo no hacer nada, alguna forma de autor tranquilizarse, elaborar el pensamiento, buscar elementos tranquilizadores, sustituir el pensamiento por otro, realizar una acción mental o específica para eliminar el pensamiento, emplear una actividad distractora, distraerse con aspectos del entorno y detener el pensamiento. Pueden utilizar diferentes estrategias con distintos pensamientos o con un pensamiento determinado.
2. La elección de la respuesta depende de una variedad de factores, como el pensamiento concreto, su valoración, su contexto situacional, otras estrategias y el estado de ánimo.
3. Ninguna estrategia es siempre más eficaz que otra, aunque estrategias específicas pueden ser relativamente eficaces para determinados individuos. Algunas personas indican de una gran variabilidad en la eficacia de una estrategia concreta.



Aunque muchos pacientes obsesivos informaron emplear actividades que satisfacen la limitada definición de la neutralización y los rituales cognitivos expuestos anteriormente, todos ellos empleaban un amplio rango de estrategias de afrontamiento para verselas con sus pensamientos. Basándonos en este conocimiento, hemos adoptado una definición muy amplia de la neutralización que engloba rituales cognitivos, intentos de poner orden y estrategias de afrontamiento. La *neutralización* se define como algo voluntario y que requiere esfuerzo, cuyo objetivo es eliminar, evitar o atenuar el pensamiento. De este modo, es posible que muchas formas de neutralización no satisfagan la definición del *DSM-IV* (APA, 1994) de la compulsión cognitiva, ya que puede que no sea repetitiva, ni impulse a actuar [...] o siga unas reglas» (p. 423). Esto no evita un diagnóstico de TOC, ya que las distintas formas de neutralización son intentos para ignorar, suprimir o neutralizar pensamientos, tal como lo estipulan los criterios del *DSM-IV* para las obsesiones.

#### 1.4.4. Estado de ánimo y acontecimientos de la vida

Se considera que el estado de ánimo juega un papel modulador en el trastorno obsesivo-compulsivo (véase Freeston y Ladouceur, 1994a). De modo específico, se postula que los estados de ánimo negativos: 1) aumentan la frecuencia y duración de las obsesiones (Rachman, 1981), 2) aumentan la posibilidad de valoraciones inadecuadas, probabilidades subjetivas infladas, consecuencias extremas, etc., mientras disminuyen la posibilidad de valoraciones adecuadas (Freeston y Ladouceur, 1994c), 3) disminuyen la eficacia de la neutralización (Freeston et al., 1995), 4) aumentan la hipervigilancia ante estímulos desencadenantes (Mathews, 1990), y 5) disminuyen la motivación o la capacidad para llevar a cabo las estrategias aprendidas durante la terapia.

Aunque acontecimientos importantes de la vida pueden estar asociados con la aparición de un TOC o con el inicio del episodio actual (McKeon, Bridget y Mann, 1984; Khanna, Rajendra y Channabasavana, 1988), se piensa que los pequeños problemas cotidianos son responsables de las típicas fluctuaciones implicadas en los niveles sintomáticos (Freeston y Ladouceur, 1994c; Rasmussen y Eisen, 1991). Estos problemas cotidianos pueden verse como desencadenantes indirectos asociados al empeoramiento de los síntomas y entre los que con más frecuencia afectan a los pacientes se encuentran el ser criticado, estar enfermo, descanso insuficiente, dormir poco, temor al rechazo, problemas para tomar decisiones, incapaz de relajarse, errores tontos, demasiada responsabilidad, enfermedad de un familiar, ruidos, perder cosas, obligaciones sociales pensar sobre el futuro, visitas inesperadas, demasiadas cosas que hacer, no tener tiempo suficiente, conflictos y, para las mujeres, problemas de la menstruación (Freeston y Ladouceur, 1994c).

IV. EVALUACIÓN. La evaluación de la eficacia de la terapia cognitivo-conductual con éxito depende de un análisis conductual preciso. Los instrumentos siguientes han demostrado su utilidad en la evaluación de los pensamientos obsesivos: 1) la *«Escala para las obsesiones compulsiones»* (Yale-Brown) (Yale-Brown obsessive-compulsive scale) (Goodman et al., 1989a, 1989b) es una escala de evaluación clínica que se ha utilizado ampliamente en comparaciones recientes de los métodos cognitivos, conductuales y farmacológicos de terapia. La lista de síntomas que precede a dicha escala es especialmente útil para proporcionar un panorama general de la sintomatología obsesivo-compulsiva actual y anterior. La subescala sobre obsesiones y los ítems de evaluación general son también útiles para evaluar la gravedad actual del TOC, aun que puede que la subescala sobre compulsiones no sea siempre tan fácil de aplicar a las estrategias de neutralización. 2) Los *«Inventarios de Padua»* (Padua inventory) (Sanavio, 1988) es un amplio inventario de 60 ítems sobre la sintomatología obsesivo-compulsiva con cuatro subescalas: «Pérdida de control mental», «Contaminación», «Comprobación», e «Impulsos y preocupaciones sobre la pérdida de control». Existe también una versión abreviada de 40 ítems (Freeston et al., 1994). El «Inventario de depresión» de Beck (Beck depression inventory) y el «Inventario de ansiedad» de Beck (Beck anxiety inventory) (Beck et al., 1988; Beck et al., 1979) son medidas breves y útiles de la sintomatología depresiva y ansiosa.

*Diario de autorregistro.* Los diarios de autorregistro que utilizamos evalúan el malestar asociado a los pensamientos, a la frecuencia y a la duración total de los mismos sobre una escala de 9 puntos en cuadernos adaptados de Marks y colaboradores (Marks et al., 1980). El malestar es la variable más sencilla de comparar entre sujetos por dos razones principales. En primer lugar, la frecuencia o la duración del pensamiento son difíciles de comparar entre sujetos: algunos pueden informar de sólo dos o tres pensamientos por día, pero pasan dos horas dándole vueltas a cada pensamiento, mientras que otros sujetos informan de cientos de breves «ráfagas» que duran unos pocos segundos como mucho. En segundo lugar, la literatura sobre los pensamientos invasores (véase Freeston et al., 1991a) ha establecido que esos pensamientos invasores de tipo obsesivo constituyen una experiencia casi universal que varía ampliamente en frecuencia y duración. De este modo, una respuesta normal (p.ej., una reducción del malestar) ante las obsesiones parece una variable con que considerar los resultados más obvia hasta que se establezcan parámetros claros para la frecuencia y la duración. Es importante asegurarse de que los pacientes utilizan las escalas de forma realista, de modo que la puntuación máxima se defina como lo peor de los síntomas durante el último mes y no lo peor de toda la vida.

**Evaluación cognitiva.** El «Cuestionario de invasiones cognitivas» (*Cognitive intrusions questionnaire*) (CIQ, Freeston *et al.*, 1991a; Freeston y Ladouceur, 1993) es una medida muy específica de las características formales del pensamiento más problemático, de las reacciones al pensamiento y de las valoraciones del mismo. El CIQ identifica primero el pensamiento obsesivo de interés; que luego se evalúa con base en una serie de ítems empleando escalas tipo Likert de 9 puntos: frecuencia, preocupación, tristeza, dificultad para eliminarlo, culpa, probabilidad, desaprobación, responsabilidad percibida, desencadenantes, evitación de los estímulos desencadenantes, esfuerzo para contrarrestar el pensamiento, alivio después de contrarrestarlo y éxito en eliminar el pensamiento. Los pacientes indican luego si el pensamiento invasor tomó la forma de una idea, una imagen, un impulso, una duda o un pensamiento. Señalan también qué estrategias (entre diez) emplean para contrarrestar el pensamiento cuando ocurre. Hemos utilizado el CIQ ampliamente con muestras clínicas y no clínicas y ha mostrado una fiabilidad y una validez adecuadas (Freeston *et al.*, 1991a; Freeston y Ladouceur, 1993).

La «Entrevista estructurada sobre neutralización» (*Structured interview on neutralization*) (Freeston *et al.*, 1995) evalúa estrategias empleadas para contrarrestar el pensamiento más problemático identificado en el CIQ como el pensamiento de interés (Freeston *et al.*, 1991a; Freeston y Ladouceur, 1993). Se pide a los sujetos que formen el pensamiento claramente al inicio de la entrevista. El entrevistador utiliza entonces 10 preguntas de exploración para provocar ejemplos de estrategias. Se continúa con preguntas más específicas hasta que se obtienen descripciones operacionales y se buscan más ejemplos similares. Una vez que se ha establecido el repertorio, se analiza cada estrategia según los parámetros siguientes: contexto específico donde se utiliza, secuencia específica, probabilidad de que el pensamiento se convierta en realidad, intensidad del elemento invasor, estado de ánimo, intensidad del estado de ánimo, eficacia inmediata de la estrategia y número de veces que se repite la estrategia. La probabilidad, la intensidad del pensamiento, la intensidad del estado de ánimo y la eficacia se evalúan por medio de una escala tipo Likert de cinco puntos (0, *nada en absoluto*, hasta 4, *muy elevada*).

El «Inventario de creencias sobre las obsesiones» (*Inventory of beliefs related to obsessions*) (IBRO, Freeston *et al.*, 1993) es una medida de creencias disfuncionales relativas a los pensamientos obsesivos, compuesta por 20 ítems, que hemos desarrollado y validado secuencialmente sobre seis muestras independientes. El IBRO es fiable (test-retest,  $r = 0,70$ ; alfa de Cronbach = 0,82). La validez de criterio (grupos conocidos) se ha demostrado comparando pacientes clínicos con grupos control y sujetos muy perturbados por los pensamientos invasores con sujetos menos perturbados. El análisis factorial reveló factores que median responsabilidad, elevada estimación de la amenaza e intolerancia ante la incertidumbre.

Además de calcular las puntuaciones totales de los instrumentos de evaluación, es importante continuar con preguntas específicas sobre los síntomas, las valoraciones y las creencias. Se debería explorar los ítems con puntuaciones extremas o puntuaciones inesperadamente altas o bajas (por ej., cuando un determi-

nado ítem está en desacuerdo con los datos de la entrevista o con la hipótesis de trabajo del clínico) con el fin de enterarse de qué quiere decir el paciente con la puntuación.

**TRATAMIENTO.** Los tratamientos actuales más eficaces son distintas variaciones de los métodos de exposición descritos originalmente por Rachman y colaboradores; como el entrenamiento en saciación o el entrenamiento en habituación. Aunque hay varios estudios de caso y algunos diseños de caso único (Headland y McDonald, 1987; Himle y Thyer, 1989; Hoogduin *et al.*, 1987; Ladouceur *et al.*, 1993, 1995; Martin y Tarrier, 1992; Moergen *et al.*, 1987; Milby, Meredith y Rice, 1981; Salkovskis, 1983; Salkovskis y Westbrook, 1989), en el momento de escribir esto sólo hay un estudio que incluya un grupo control de lista de espera (Ladouceur *et al.*, 1994a). El paquete de tratamiento que se presenta seguidamente fue evaluado sistemáticamente con 28 pacientes. En total, hemos tratado más de 45 pacientes con estos métodos.

#### V.1. Características del tratamiento

El objetivo del tratamiento consiste en cambiar el conocimiento del paciente sobre las obsesiones, evitar la neutralización y permitir, así, que los pacientes se habitúen con los pensamientos obsesivos. La frecuencia y la duración de los pensamientos y el malestar causado por ellos disminuirá consecuentemente. Los objetivos específicos son:

1. Proporcionar una explicación adecuada de las obsesiones.
2. Hacer que el paciente entienda el papel de la neutralización en el mantenimiento de los pensamientos obsesivos.
3. Preparar al paciente para la exposición a los pensamientos y a las situaciones que desencadenan las obsesiones.
4. Corregir cuando sea necesario la sobreestimación del poder y de la importancia de los pensamientos.
5. Exponer al paciente a los pensamientos y poner en práctica la prevención de la respuesta (es decir, neutralizar la actividad neutralizadora).
6. Corregir, cuando se encuentre presente, la exageración de las consecuencias de temor específicas asociadas al pensamiento.
7. Corregir, cuando esté presente, el perfeccionismo y la responsabilidad excesiva.
8. Hacer que el paciente se dé cuenta de las situaciones en las que es más vulnerable a la recaída.
9. Preparar las estrategias a utilizar cuando ocurra la recaída.



El programa está estandarizado, recibiendo cada paciente todos los componentes del tratamiento. Se encuentra también individualizado, ya que el tipo de exposición, los objetivos de la prevención de la respuesta y de la corrección cognitiva varían según las características de cada paciente. El formato que empleamos para llevar a cabo el tratamiento se basaba en sesiones de una hora y media durante los primeros dos tercios de la terapia. Había normalmente de tres a cuatro sesiones de evaluación seguidas por dos sesiones de tratamiento a la semana hasta que se dominase la exposición a los pensamientos objetivo y la prevención de la respuesta, disminuyendo la duración y la frecuencia de las sesiones en la última fase y produciéndose un desvanecimiento o atenuación gradual de las ayudas de tratamiento. Los pacientes reciben normalmente de cuatro a cinco meses de tratamiento incluyendo cerca de tres meses con dos sesiones a la semana.

**V.2. Sesiones de evaluación.** Una vez que se ha establecido el diagnóstico, la evaluación normalmente se realiza durante tres sesiones por lo menos. La primera aborda generalmente los principales síntomas que caracterizan a los pensamientos obsesivos, las respuestas de neutralización, las situaciones que se evitan, etc. Puede ser útil aquí la «Escala para las obsesiones y compulsiones de Yale-Brown» y el *BDI*, el *BAL* y el «Inventario de Padua» pueden entregarse como tareas para casa con el fin de completar un visión global de los síntomas principales y asociados. La segunda sesión puede emplearse para recoger la historia general, como la aparición y el curso del trastorno, el tratamiento anterior (psicológico o farmacológico); las exacerbaciones debidas al estrés, el funcionamiento social y el conocimiento sobre el TOC. Los cuestionarios cognitivos (*CIQ*, *IBRO*) pueden entregarse como tareas para casa. La tercera sesión puede centrarse en las estrategias utilizadas y en algunos aspectos de la valoración.

### V.3. El autorregistro

Se debería introducir el autorregistro tan pronto como fuera posible; por ejemplo, cuando se hubieran identificado los síntomas pertinentes. Algunos pacientes son aprensivos con respecto al autorregistro, creen que sus obsesiones aumentarán y, entonces, se preocupan más. Es importante informar al paciente que esto no ocurre muy a menudo y que existen numerosas ventajas en el autorregistro para la aplicación con éxito del tratamiento. Por ejemplo, el autorregistro permite que el paciente y el terapeuta descubran elementos que pueden estar modulando la variabilidad y la gravedad de los síntomas (p. ej., fluctuaciones asociadas al ciclo menstrual en las mujeres) y, en último término, ayudar en la prevención de las recaídas. Además, permite que el paciente y el terapeuta sepan cuándo está funcionando la terapia y por qué, y cuándo no lo está haciendo y por qué no. Es muy importante trabajar conjuntamente con el paciente en las

sesiones posteriores hasta que el autorregistro se presente como válido y significativo.

### V.4. La primera sesión de intervención

En todas las sesiones, lo que el terapeuta hace en primer lugar es plantear el programa de la sesión, verificar el autorregistro y cualquier otra tarea que se le haya asignado al paciente. El repasar los informes de las tareas para casa aumenta la información disponible para el terapeuta y muestra también la importancia de las tareas asignadas. La primera sesión tiene dos objetivos principales: 1) establecer el contrato terapéutico y 2) proporcionar el modelo de los pensamientos obsesivos que se empleará a lo largo del tratamiento.

#### V.4.1. Establecimiento del contrato terapéutico

El terapeuta expresa que está listo para explicar totalmente cada paso del tratamiento y para contestar todas las preguntas pertinentes. Se anima a los pacientes a que hagan preguntas, de modo que cada tarea pueda realizarse con éxito. El terapeuta explica que el objetivo de cada ejercicio será identificado por el terapeuta y por el paciente conjuntamente. Cuando los pacientes lo entienden, pueden participar activamente en el proceso y adoptar un enfoque de solución de problemas. Los pacientes se implican de forma activa en todas las decisiones, como, por ejemplo, los objetivos para la exposición, tienen que indicar si piensan que son capaces de realizar el ejercicio y sugerir cambios con el fin de hacer el ejercicio más relevante personalmente. El terapeuta animará insistentemente al paciente para que realice los ejercicios, pero nunca le forzará a que haga las cosas contra su propia voluntad, sino que le recordará los acuerdos existentes. El terapeuta buscará la retroalimentación del paciente. Éste debe informar con honradez si los ejercicios se han llevado a cabo o no, con el fin de hacer ajustes sobre cualquier dificultad que pueda haber surgido.

#### V.4.2. El establecimiento de un modelo

El modelo que se presenta al paciente se adapta según la sofisticación de éste. En todos los casos, el modelo se ilustra con las propias obsesiones, valoraciones, creencias, estrategias de valoración, etc., del paciente.

El primer paso consiste en proporcionar una explicación de los pensamientos invasores:

Pensamientos desagradables pasan por la cabeza de las personas contra su voluntad en el 99% de la población. Hemos estudiado estos pensamientos en más de dos mil (2.000) personas de todas las edades y ocupaciones, y hemos encontrado algunos contenidos comunes. Habitualmente se refieren a la sexualidad, a la religión, al daño, a la enfermedad, a la contaminación, a la agresión, a los errores, a la falta

de honestidad, pero también incluyen el orden, la simetría y pequeños detalles sin importancia. Los pensamientos a menudo parecen salir de ninguna parte, aunque pueden ser provocados por estímulos desencadenantes específicos. Por ejemplo, pensamientos sobre hacer daño a la gente pueden ser desencadenados por un cuchillo grande, etcétera.

En este punto, el terapeuta entrega al paciente una lista de pensamientos obtenida con la población general y le invita a que la lea. Luego, el terapeuta ayuda al paciente a que haga la conexión entre sus propios pensamientos y los de la población en general. Hay suficientes ejemplos en la lista proveniente de la población normal para incluir todos los temas importantes relatados por los pacientes. El objetivo es establecer que el contenido de los pensamientos no difiere entre el informado por los pacientes y el encontrado en la población general.

Hay muy pocas diferencias en el contenido de los pensamientos entre la población general y la gente que acude a consulta a causa de sus pensamientos obsesivos. Las diferencias yacen en la frecuencia de los pensamientos, su duración, el malestar producido, la importancia que la persona da a los mismos y el esfuerzo empleado por el sujeto para verseles con ellos. Los pensamientos invasores extraños constituyen una experiencia normal que en cerca del 2% de la población se convierten en problemáticos y entonces se les denomina obsesiones. Como es normal tener algunos pensamientos desagradables, el objetivo de la terapia no es eliminar esos pensamientos, porque esto haría diferente a los demás. El objetivo es cambiar tus reacciones a los pensamientos modificando la importancia concedida a los mismos, cambiando las estrategias que empleas. Luego disminuirán la frecuencia y la duración de los pensamientos junto con el malestar que producen. Los pensamientos se harán mucho menos frecuentes y menos molestos y serás capaz de verteles con ellos cuando en ocasiones pasen por tu cabeza.

En este punto, los pacientes preguntan a menudo: «¿Por qué tengo este tipo de pensamientos?». En estos momentos, no poseemos desgraciadamente respuestas totalmente convincentes a esta pregunta. Sin embargo, una explicación que se ha mostrado satisfactoria con los pacientes es la siguiente:

Necesitamos de la capacidad de tener pensamientos espontáneos con el fin de ser capaces de resolver problemas y ser creativos. De esta forma, podemos saber cómo actuar en una nueva situación o imaginar ideas nuevas o inventar algo nuevo. Necesitamos un generador de pensamientos que pueda darnos nuevas ideas. Sin embargo, este productor de pensamientos puede generar también otros tipos de ellos y creemos que estos pensamientos desagradables provienen igualmente del generador de ideas. Tenemos también una capacidad para reaccionar al peligro, de forma útil, y para anticipar el mismo. El sistema de detección del peligro existe para protegernos: éste es el papel de la ansiedad. Por una serie de razones diferentes, el generador de ideas y el sistema de detección del peligro parecen estar asociados más fuertemente en algunas personas. Este sistema parece reaccionar en exceso actuando como si hubiera un tigre esperando en la esquina, cuando de hecho, lo que hay es un gatito. De modo que cuando el generador de ideas y el sistema de detección del peligro reaccionan conjuntamente en exceso, se producen las obsesiones. Cualquiera que sea la razón exacta, podemos aprender a que el generador de ideas y el sistema de detección del peligro reaccionen de forma más apropiada, de manera

que persistan las características útiles, mientras que los rasgos superactivos asociados con las obsesiones disminuyan notablemente.

El paso siguiente del modelo se refiere a la importancia que la persona concede a los pensamientos. Aunque esto se denomina técnicamente *valoración*, nuestra experiencia con los pacientes sugiere que la "importancia dada a los pensamientos" es un término más accesible, insistiendo en el papel activo del paciente en la valoración.

La razón por la que el mismo tipo de pensamientos desagradables causa molestias considerables en algunas personas, pero no en otras, se debe a cómo interpreta la persona los pensamientos o cuánta importancia les concede. No es una coincidencia que veamos obsesiones de daño entre gente educada, obsesiones religiosas entre personas religiosas, obsesiones sobre la sexualidad entre gente con una gran moralidad y pensamientos sobre errores entre gente cuidadosa: cuánto más importante es algo, peor parece ser el pensamiento negativo sobre ello.

El paso siguiente del modelo se refiere a la idea de la neutralización.

Cuando alguien concede mucha importancia a los pensamientos, bien sea a su presencia o a su contenido, y concluye que el pensamiento es negativo, peligroso, inaceptable, etc., entonces es normal querer eliminarlo, controlarlo o solucionarlo de una u otra manera. Para darte un ejemplo, haremos un pequeño experimento. Cierra los ojos e intenta pensar en un camello durante 2 minutos. Cada vez que el camello desaparezca de tu cabeza, indícalo levantando un dedo. (El terapeuta registra el número de veces que el paciente pierde el pensamiento.) ¿Cómo fue? ¿Fue fácil mantener el camello en la cabeza? Ahora cambiaremos las cosas. Cierra los ojos e intenta no pensar en el camello durante 2 minutos. Levanta el dedo cada vez que aparezca el pensamiento. (El terapeuta registra el número de veces que el paciente no controla el pensamiento.) ¿Qué sucedió? ¿Fue difícil mantener el pensamiento alejado? ¿Qué te enseñan estos experimentos sobre intentar controlar tus pensamientos?

En todos los casos que hemos visto, tanto con sujetos clínicos como con sujetos no clínicos, es difícil mantener el pensamiento presente y totalmente imposible mantener el pensamiento alejado. El terapeuta invita al paciente a que comente el experimento y le lleva a que concluya que nuestro control mental, incluso con imágenes o ideas que no tienen un significado importante para nosotros, está muy lejos de ser perfecto. Algo incluso más importante es que, cuanto más intentamos no pensar sobre algo, más frecuentemente nos viene el pensamiento a la cabeza. Puede ser útil sugerir al paciente que intente el mismo experimento con alguien que no tenga obsesiones. La mayoría de los pacientes de forma espontánea establecen la conexión entre este experimento y sus propias obsesiones. El terapeuta puede entonces definir formalmente la neutralización.

Todas las estrategias que al principio pueden ser muy lógicas, se convierten al final en parte del problema. Todos los esfuerzos para controlar, para eliminar o para evitar los pensamientos son formas de lo que denominaríamos neutralización. (Se aña-

den al modelo ejemplos específicos del repertorio del paciente obtenidos durante la entrevista estructurada.) ¿Cuántas estrategias diferentes has intentado? ¿Cuántas han funcionado? ¿Cuántas funcionan siempre?

Ya se ha planteado el modelo básico y puede afirmarse lo siguiente:

Puede pensarse en las obsesiones como un círculo vicioso en el que los pensamientos pueden desencadenarse por estímulos u ocurrir espontáneamente. Concede una notable importancia a los pensamientos, intentas eliminarlos o controlarlos y, lo mismo que sucedía con el efecto camello, retornan de nuevo.

En este punto, se plantea la distinción básica entre los aspectos voluntarios e involuntarios del modelo. Los pensamientos obsesivos y el "efecto camello" se consideran involuntarios, mientras que la importancia concedida a los pensamientos y la neutralización se consideran voluntarios. Con un poco de ayuda, el paciente llega a establecer que los dos aspectos voluntarios del modelo, es decir la importancia dada a los pensamientos y las estrategias de neutralización, son los elementos donde la modificación es posible.

Se invita al paciente a que resuma los principales puntos del modelo como tarea para casa. Se le pide que observe las clases de interpretación o la importancia dada a los pensamientos.

#### V.5. La segunda y la tercera sesión

El objetivo de la segunda sesión de tratamiento consiste en comprobar que se entiende el modelo, se añade cualquier detalle que falte y se prepara al paciente para la exposición y la prevención de la respuesta.

##### V.5.1. El papel de la ansiedad

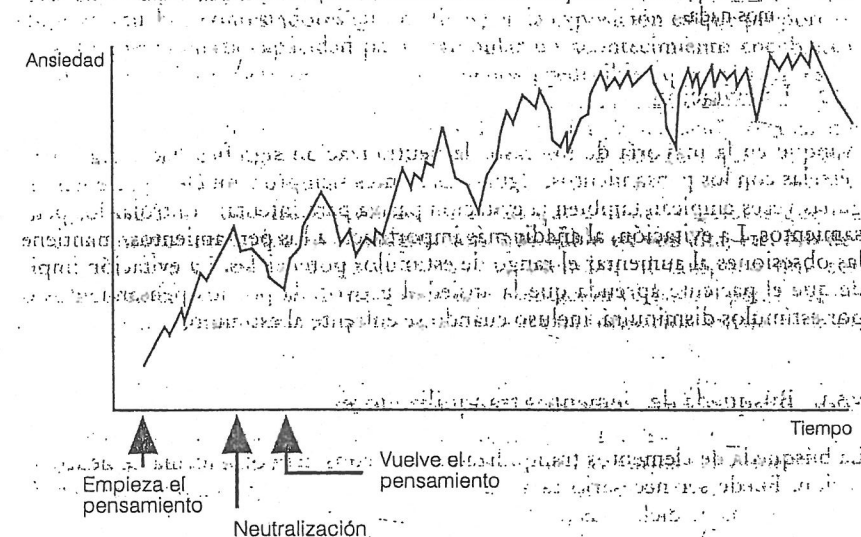
El terapeuta explica el papel de la ansiedad (o de otras emociones negativas experimentadas por el paciente, como el malestar, la frustración, el estrés o la tensión) siguiendo el modelo.

Cuando se da una gran importancia al pensamiento en términos de peligro o daño, es habitual que aumente la ansiedad. Esta es una experiencia desagradable y es normal que la gente intente hacer algo con el pensamiento para disminuir la ansiedad. La neutralización conduce a menudo, aunque no siempre, a una disminución temporal y parcial de la ansiedad. Como produce cierto alivio, la reducción del malestar aumenta la probabilidad de que se produzca de nuevo la neutralización (por medio del refuerzo negativo). Además, conforme la ansiedad empeora, la frecuencia del pensamiento aumenta.

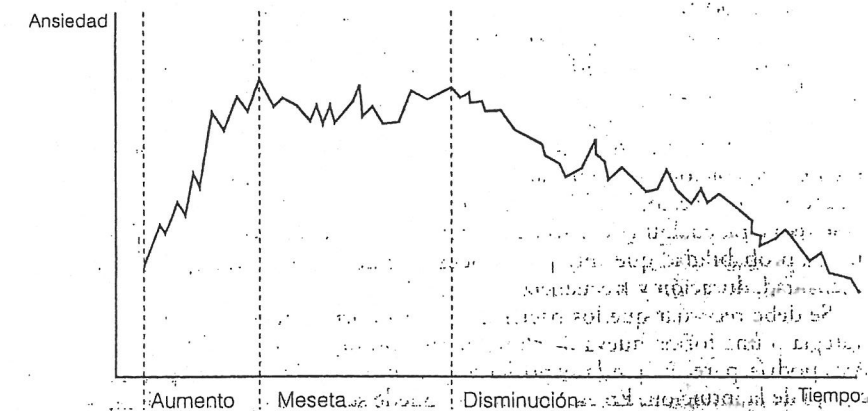
Aunque es normal querer evitar o reducir la ansiedad, la neutralización conlleva que, debido al "efecto camello", retorne el pensamiento. No sólo se experimentará la ansiedad otra vez, sino que, debido a la sensación de perder el control, empeorará a menudo en cada nueva ocasión. Se parece un poco a jugar al Monopoly: cada vez que pasas por la salida obtienes 20 000 pta más.

El terapeuta puede mostrar entonces una curva de ansiedad para la neutralización y compararla con una curva de habituación (figura 5.2).

FIGURA 5.2. Ansiedad asociada con las obsesiones.



#### B. EXPOSICIÓN





Observa cómo aumenta la ansiedad después del pensamiento obsesivo y cómo disminuye parcialmente después de la neutralización, para aumentar de nuevo aún más con el pensamiento siguiente. Por otra parte, hay una curva de habituación natural para la ansiedad que entraña una primera fase de aumento de la ansiedad, una segunda fase de meseta y, finalmente, una tercera fase de disminución. Este tipo de curva se ha estudiado en miles de personas con todo tipo de ansiedad, incluyendo la ansiedad asociada a las obsesiones. De modo que, si empleamos la neutralización, nunca aprenderemos que la ansiedad disminuirá por sí misma, incluso si no hacemos nada.

### V.5.2. La evitación

Aunque en la mayoría de los casos la neutralización significa hacer algo para vérselas con los pensamientos, algunos pacientes siempre y muchos pacientes algunas veces emplean también la evitación pasiva para intentar controlar los pensamientos. La evitación, al añadir más importancia a los pensamientos, mantiene las obsesiones al aumentar el rango de estímulos potenciales. La evitación impide que el paciente aprenda que la ansiedad provocada por los pensamientos o por estímulos disminuirá, incluso cuando se enfrente al estímulo.

### V.5.3. Búsqueda de elementos tranquilizadores

La búsqueda de elementos tranquilizadores se considera otra forma de neutralización. Puede ser necesario establecer explícitamente la conexión entre ciertas características de dicha búsqueda y las de otras formas de neutralización, como pueden ser, por ejemplo, el efecto temporal, la necesidad de repetir la demanda y la variabilidad de la eficacia de los elementos tranquilizadores.

### V.5.4. La exposición

Ahora que se ha establecido completamente el modelo y se ha ilustrado con ejemplos del propio repertorio de pensamientos, interpretaciones y estrategias del paciente, se plantea que para romper el círculo vicioso es necesario aprender a tolerar los pensamientos. Esto implica pensar de forma deliberada en el pensamiento (exposición) sin emplear la neutralización (prevención de la respuesta). Cuando se logre esto, la ansiedad disminuirá, la importancia dada al pensamiento se reducirá, cualquier consecuencia temida sucederá o no con, exactamente, la misma probabilidad que antes, y los pensamientos disminuirán gradualmente en intensidad, duración y frecuencia.

Se debe recordar que los pacientes buscan normalmente otro truco, otra estrategia o una forma nueva de eliminar las obsesiones cuando acuden a terapia. Así, podría parecer que la exposición y la prevención de la respuesta van en contra de la intuición. En este momento, puede ser útil emplear un ejemplo para ilustrar el principio de exposición. Por ejemplo, ¿cómo ayudaría el paciente a un

niño a superar el miedo (p. ej., a los perros) o cómo superó el paciente un temor en el pasado? Se puede introducir también la idea de la exposición progresiva. El método descrito por el paciente puede reformularse en términos relativos a la exposición. Entonces, el terapeuta puede presentar a las obsesiones como si se tuviese una fobia a las propias ideas y donde se pueden aplicar los mismos métodos de tratamiento. La razón principal para utilizar una casete de cinta continua (como las que emplean muchos contestadores automáticos) en la exposición es que proporciona al terapeuta cierta capacidad para manipular un acontecimiento encubierto: los pensamientos obsesivos son mucho menos predecibles que las fuentes de contaminación o que los estímulos asociados con la conducta de comprobación, encontrados en las formas más frecuentes de TOC. La presentación regular del pensamiento por medio de una de esas cintas permite al paciente que practique de forma constante la prevención de la respuesta. Las sesiones con una exposición duradera son más fáciles con dichas cintas que con otras técnicas que requieren ensayos repetidos en la imaginación, que hable en voz alta, etc. No decimos que esa casete de cinta continua sea esencial, ni tampoco que sea necesariamente la mejor forma de actuar: la presentación verbal del pensamiento puede interferir, bajo algunas circunstancias, con una formación satisfactoria de la imagen. Sin embargo, pensamos que la cinta continua proporciona un medio práctico, eficaz, de entrenar al paciente en la exposición y en la prevención de la respuesta para los acontecimientos encubiertos. Conforme el paciente domina la exposición y la prevención de la respuesta, la grabación no siempre será necesaria para los ítems superiores de la jerarquía. Cuando hay varios pensamientos, se puede poner como primer objetivo el pensamiento que provoca menos ansiedad (ver cuadro 5.1).

CUADRO 5.1. Jerarquía para pensamientos diferentes

Nivel de ansiedad	Pensamientos
2	Decir palabrotas en voz alta
3	Empujar a alguien cuando se va andando por la calle
5	Pegar un puñetazo a alguien en la cara
7	Atacar a alguien con un cuchillo
8	Volverse completamente loco, comportarse violentamente y matar a mucha gente

Sin embargo, si hay un pensamiento principal, puede que no sea posible disponer de una serie de elementos de exposición ordenados jerárquicamente en función del contenido. En este caso, lo que variará será el contexto de la exposición:

- Con el terapeuta en la clínica (nivel de ansiedad, 3);
- Con el terapeuta en la clínica, con un cuchillo y una foto del hijo (nivel de ansiedad, 4);



- Con el terapeuta en casa (nivel de ansiedad, 5);
- Sola en casa (nivel de ansiedad, 7); y finalmente,
- Sola en casa con el hijo presente (nivel de ansiedad, 8).

La construcción de jerarquías puede requerir cierta creatividad, pero, el empleo de un aparato de casetes tipo *walkman* facilitará la exposición a contextos físicos específicos. No tenemos pruebas de que la exposición gradual sea superior a la exposición directa al pensamiento más ansiógeno. Sin embargo, teniendo en cuenta la naturaleza encubierta de las obsesiones y de la mayoría de las estrategias de neutralización, a menudo es difícil conseguir inicialmente la exposición funcional. Así que, desde un punto de vista puramente práctico, puede ser aconsejable empezar con pensamientos o contextos menos amenazantes hasta que se hayan dominado totalmente las técnicas de exposición y de prevención de la respuesta.

Una vez que se haya identificado conjuntamente entre el paciente y el terapeuta el primer objetivo, éste último pide al paciente que describa el pensamiento con detalle. El terapeuta hace preguntas hasta que se obtengan detalles suficientes, como, por ejemplo, los colores, las palabras, la textura, los sonidos y los olores concretos, las reacciones cognitivas y emocionales a los pensamientos y, en general, cualquier respuesta física. Luego, el terapeuta pide al paciente que escriba el pensamiento con tanto detalle como le sea posible. Estamos de acuerdo con otros autores (p.ej., Riggs y Foa, 1993; Steketee, 1993) que no es necesario exagerar y añadir más consecuencias. Sin embargo, pensamos que es necesario que los pacientes se expongan ellos mismos tanto tiempo como se mantengan las consecuencias temidas. Por ejemplo, si el resultado final de una obsesión a hacer daño es ser arrestado, ser llevado a juicio y ser recluido para el resto de su vida en una institución mental, es importante que el sujeto se exponga hasta este último punto. Puede ser desagradable para los terapeutas escuchar las escenas terroríficas relatadas por los pacientes y las perturbadoras reacciones que pueden tener lugar durante la exposición. La técnica es eficaz cuando se lleva a cabo adecuadamente y la incomodidad del terapeuta disminuirá también con la habituación después de varias experiencias con la técnica.

Un ejemplo del texto para la exposición al segundo pensamiento del caso anterior podría ser:

Voy andando por la calle. Veo a una anciana que va caminando hacia mí. Parece frágil e indefensa. De repente, me viene el pensamiento, «¿Qué sucedería si pierdo el control y la empujo?». Mi estómago se tensa, las manos me sudan y tengo dificultades para respirar. La anciana se encuentra ya mucho más cerca. Cierro los puños y luchó por mantener el control. Ella llega a mi altura y comencé a sentir pánico. Pasa rápidamente a mi lado y yo sigo andando. Me pregunto si la empujé. La duda empieza a aumentar. La veo tirada en el suelo con los huesos rotos. Llega la ambulancia. Me siento horrible, soy un asesino y me condenarán.

El texto puede ser muy breve o tratarse de una escena muy elaborada. El terapeuta se asegura de que no se incluya ningún elemento neutralizador (es decir, ningún factor que disminuya la ansiedad) en la secuencia. Luego, el terapeuta lee

el pensamiento en voz alta al paciente, de modo que éste puede ver si falta algún aspecto. Entonces, el paciente lee el pensamiento en voz alta con el fin de que el terapeuta pueda calcular el texto para escoger una cinta de suficiente duración y también para asegurarse de que el pensamiento se lea con la expresión adecuada, a un ritmo apropiado y haciendo las pausas para permitir que se formen las imágenes. Se le pide al paciente que lea de un modo tal que el terapeuta pueda experimentar la sensación de tener el pensamiento. El leer rápido, mecánicamente, o con un afecto embotado, pueden ser formas de evitación cognitiva. Luego se graba el pensamiento en una cinta que da vueltas continuamente y que tiene una duración apropiada (p. ej., 15 segundos, 30 segundos, 1 minuto, 3 minutos), con el número de repeticiones necesario para llenar la cinta casi completamente.

Una vez que se ha grabado y verificado el pensamiento, comienza la sesión de exposición. Las instrucciones son las siguientes:

En unos momentos empezaremos la primera sesión de exposición. Esto llevará normalmente de 25 a 45 minutos, aunque puede durar más. Continuaremos hasta que tu nivel de ansiedad haya disminuido. Cierra los ojos y escucha la casete sin emplear elementos neutralizadores, no... (nombre de las estrategias específicas empleadas por el paciente). Mantén el pensamiento, no lo bloques, ni lo distorsiones, ni lo elimines. Después de cada repetición del pensamiento, informa de tu nivel de malestar en la escala habitual (generalmente, la escala que se utiliza para el autorregistro). Ahora, dime lo que vamos a hacer.

Si no hay tiempo suficiente para llevar a cabo la exposición durante la sesión (es decir, un mínimo de 50 minutos), se reprogramará para la sesión siguiente. El terapeuta pide al paciente que rellene una hoja de autorregistro antes de empezar con el ejercicio de exposición. Esa hoja se refiere habitualmente al nivel de ansiedad actual, al nivel máximo de ansiedad esperado durante la exposición, y al nivel de ansiedad esperado después de la sesión de exposición. Es útil que el terapeuta represente las evaluaciones de la ansiedad en un gráfico durante la sesión de exposición.

Si el nivel de malestar no ha aumentado después de varias presentaciones, por ejemplo, después de 6 a 10 minutos, el terapeuta detiene la exposición con el fin de llevar a cabo un análisis conductual de la situación. Hay varias razones posibles por las que puede que no aumente la ansiedad. En primer lugar, el registro puede ser inadecuado. Por ejemplo, es posible que las palabras que se emplean no sean suficientemente representativas del pensamiento real o que el tiempo sea insuficiente para formar imágenes. En segundo lugar, algunos pacientes no tienen la capacidad para imaginarse el pensamiento de forma suficientemente clara para la exposición funcional. Si la persona es incapaz, después de varios intentos de practicar con escenas positivas o neutrales, de ponerse en la situación, se deben de considerar otras formas de exposición (véase Ladouceur et al., 1993). En tercer lugar, el paciente puede estar neutralizando, bien empleando estrategias ya identificadas o bien utilizando otras estrategias que todavía no se han descubierto. Si esto es así, el terapeuta reitera la importancia de no utilizar elementos neutralizadores, haciendo un llamamiento al modelo. El terapeuta debería investigar también las razones de la conducta de neutralización en

el caso de que el paciente anticipe consecuencias negativas. Si fuese así, se requeriría una intervención de naturaleza cognitiva para explorar, reformular o afrontar estas anticipaciones. La exposición continúa si la ansiedad aumenta. Se debe tener en cuenta que el incremento y la disminución del nivel de ansiedad no es necesariamente unidireccional. El terapeuta observa de cerca al paciente con el fin de descubrir cualquier señal física, como los cambios en el ritmo de respiración, temblar, la expresión facial, y para ver si hay signos que manifiesten un desacuerdo entre las señales físicas y el informe verbal del paciente. La exposición continúa hasta que el malestar disminuya por debajo del nivel inicial durante, por lo menos, dos presentaciones; y, si es posible, hasta que el nivel de ansiedad haya disminuido muy por debajo del nivel inicial. Una vez que se ha terminado la exposición, el terapeuta pide al paciente que rellene la segunda parte de la hoja de autorregistro, evaluando la ansiedad actual y la ansiedad máxima experimentada durante la exposición. El paciente indica también si ocurrió la conducta de neutralización y, si fuese así, qué forma se utilizó y si el paciente se volvió a exponer inmediatamente al pensamiento.

El terapeuta pide luego al paciente que describa las reacciones a la experiencia. Las reacciones se reformulan en los términos del modelo y en los de las expectativas previas del paciente. En nuestra experiencia, es raro que la primera sesión de exposición sea altamente eficaz debido a las dificultades para llevar a cabo la prevención de la respuesta ante todas las formas de neutralización. Por esta razón, es muy importante no mandar como tarea para casa la exposición hasta que el paciente haya tenido éxito durante la sesión de terapia.

Una vez que la exposición se ha desarrollado satisfactoriamente en la clínica, entonces se puede emplear en casa. Esto suele suceder, aunque no siempre, después de dos sesiones de exposición. Nuestra recomendación actual es que escuchen la casete dos veces al día. Es importante identificar el momento y la situación en los que, con una gran probabilidad, llevará a cabo satisfactoriamente los ejercicios de exposición.

#### V.6. Las sesiones de exposición posteriores

En todas las sesiones en las que se ha mandado la exposición como tarea para casa, es importante examinar al comienzo de cada sesión las hojas de autorregistro sobre la exposición. Deberían abordarse la duración, las puntuaciones y las notas sobre la neutralización.

Cuando los pacientes son capaces de terminar la exposición sin emplear elementos de neutralización, pueden entonces empezar a llevar a cabo la exposición cuando los pensamientos ocurren de forma espontánea. La instrucción aquí es la siguiente:

Cuando aparecen los pensamientos, préstales atención. Observa cómo vienen y cómo se van sin reaccionar ante ellos; déjalos donde están sin hacer nada de particular con ellos.

Con el fin de aumentar la generalización, se puede modificar la casete cuando provoque menos ansiedad (ha tenido lugar cierta habituación entre sesiones). Estas modificaciones exigen creatividad por parte del paciente y del terapeuta, con el fin de encontrar formas de crear una exposición funcional óptima e incluir variaciones del estímulo, de la situación, de la intensidad del pensamiento y del estado de ánimo.

#### V.7. Las técnicas cognitivas

Las técnicas cognitivas pueden tener como objetivo toda una serie de diferentes temas que se observan habitualmente en los pacientes con pensamientos obsesivos. Estos son:

1. Sobreestimar la importancia de los pensamientos y de sus derivaciones, como la fusión del pensamiento y la acción, y el pensamiento mágico.
2. Exageración de la responsabilidad.
3. Control perfeccionista sobre los pensamientos y las acciones y la necesidad asociada de la certeza.
4. Las consecuencias relacionadas con el contenido de los pensamientos, que implican estimaciones exageradas sobre la probabilidad y la gravedad de las consecuencias de sucesos negativos.

Los objetivos específicos varían de acuerdo con los pacientes y los tipos de valoración que se hacen. El *CIQ* y el *IBRO* nos darán información sobre las evaluaciones disfuncionales específicas y las creencias subyacentes.

Utilizamos las técnicas cognitivas de dos maneras. En el primer caso, pueden emplearse como un medio de facilitar la exposición, abordando primero preocupaciones del paciente tales como el poder de los pensamientos para causar actuaciones, la naturaleza de la responsabilidad y las consecuencias de la ansiedad. En este caso, hay un prerrequisito o corresponsable para la exposición eficaz. En el segundo caso, pueden utilizarse como un complemento de la exposición para integrar completamente la nueva información generada por la misma, fomentar la generalización, y crear las condiciones que minimizarán las posibilidades de recaída. Así, para algunos pacientes, se pueden abordar determinados objetivos al comienzo de la terapia, mientras que para otros se abordarán una vez que el paciente haya dominado los aspectos esenciales de la exposición.

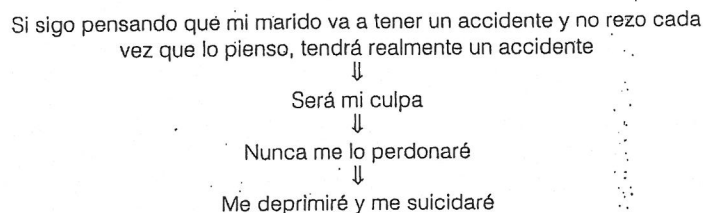
Una vez que se han identificado las valoraciones que constituyen el objetivo, se puede emplear una serie de técnicas limitada sólo por la creatividad del terapeuta y la capacidad del paciente para participar activamente. Una de las mejores formas de identificar las suposiciones subyacentes consiste en utilizar la «flecha descendente» (Burns, 1980), conocida también como la técnica del «¿y qué?», por medio de la cual se examina secuencialmente el pensamiento original buscando las consecuencias cercanas y lejanas. No es raro, en el curso del empleo de esta técnica, encontrar varias clases de suposiciones subyacentes:

por ejemplo, las valoraciones erróneas de daño se encuentran asociadas a menudo con valoraciones equivocadas de la gravedad y de la probabilidad de las consecuencias, así como con una responsabilidad exagerada. Las suposiciones erróneas pueden cuestionarse por medio de cualquier técnica apropiada. Seguidamente se presentan algunos ejemplos de intervenciones que han demostrado ser útiles con los pacientes en nuestro programa de tratamiento y en la práctica privada.

#### V.7.1. Sobreestimación de la importancia de los pensamientos

Esto puede ocurrir de varias maneras. El primer ejemplo se refiere al *pensamiento mágico*, es decir, que el pensamiento puede producir acontecimientos reales.

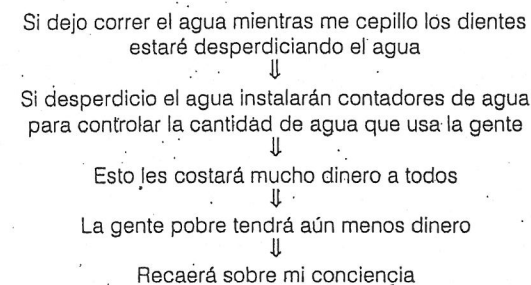
Una mujer casada tenía imágenes terroríficas de que su marido sufría un accidente de coche y empleaba una oración para contrarrestar la imagen cada vez. Seguidamente presentamos la flecha descendente asociada con este pensamiento.



La suposición básica aquí es que los pensamientos pueden causar acciones, aunque también está presente la responsabilidad. Una forma en la que hemos cuestionado satisfactoriamente este tipo de pensamiento es por medio de experimentos conductuales. Por ejemplo, el paciente compra un billete de lotería el lunes y se imagina que le toca el premio gordo durante media hora cada día de la semana (las probabilidades son 1 entre 100 000 para la lotería nacional en España). Alternativamente, se escoge un pequeño electrodoméstico, que se sabe que funciona bien (p. ej., el tostador). El paciente piensa 100 veces al día, durante la siguiente semana, que el aparato se estropeará. El resultado se compara con la predicción.

#### V.7.2. Exageración de la responsabilidad

Un joven universitario estaba obsesionado con la idea de que si dejaba correr el agua mientras se cepillaba los dientes o mientras lavaba los platos, sería responsable de la instalación de contadores de agua en todas las casas.



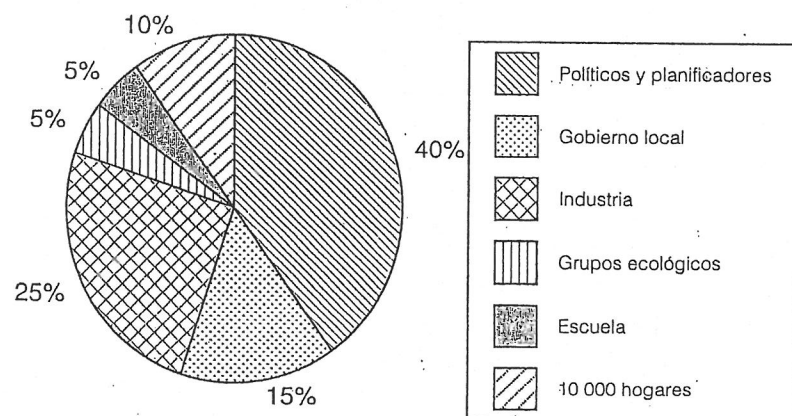
La suposición básica aquí se encuentra en el exceso de responsabilidad personal que funciona a dos niveles. El primero se refiere al empleo del agua por parte del individuo comparado con cómo usa el agua el resto de la ciudad. De hecho, si todo el mundo en la zona cerrase el grifo mientras se cepilla los dientes, el ahorro del agua sería considerable, pero el papel de un individuo sería insignificante. Si utilizamos un gráfico en forma de queso para determinar el volumen de agua utilizada por el individuo mientras se cepilla los dientes (lo que se puede medir) comparado con el volumen que se emplea en la industria, en todas las otras casas, para regar el jardín, etc., se podrían establecer las contribuciones respectivas. La técnica es atribuir responsabilidad a todas las otras fuentes antes de buscar la responsabilidad que resta del individuo. De esta forma, la idea de un poder fundamental es claramente errónea: ¿De qué manera podría influir la mínima proporción de agua utilizada por el paciente sobre la política pública?

El segundo nivel consiste en abordar la responsabilidad personal del individuo comparada con la responsabilidad colectiva para el uso racional del agua: aunque este papel esencial es claramente erróneo, si se es un ciudadano responsable se tiene cierto grado de responsabilidad. Sin embargo, el uso racional del agua es una responsabilidad colectiva y no individual. De nuevo, se emplea el gráfico en forma de queso para determinar con precisión la responsabilidad personal. Por ejemplo, la responsabilidad se atribuye al papel de los políticos y de los que planifican la distribución del agua (40%), al papel del ayuntamiento para educar a la gente sobre el uso responsable del agua (15%), al cumplimiento de las regulaciones impuestas a las industrias (25%), al papel de los grupos ecológicos para concienciar al público (5%), al papel de la educación en las escuelas (5%) y, finalmente, al número de casas que haya en la ciudad (supongamos unas 10 000) (10%) (véase figura 5.3). De este modo, siendo una de las 10 000 casas y con cinco miembros de familia, la responsabilidad personal del individuo es del  $10\% \times 1/10\,000 \times 1/5 = 0,0002\%$ .

Una forma más de cuestionar este tipo de valoración es que el paciente actúe como fiscal y/o abogado defensor en el caso. A menudo es más difícil para el paciente ser el fiscal, ya que la única evidencia de culpabilidad (es decir, la responsabilidad) es, por medio del razonamiento emocional, su experiencia subjetiva de culpa. El paciente tiene que probar su "culpabilidad" encontrando argumentos sólidos con pruebas empíricas reales («¿Cuáles son los hechos?»). Cuando el paciente representa ambos papeles, puede considerar y comparar dos puntos de vis-



FIGURA 5.3. Atribución adecuada de la responsabilidad para el consumo de agua



ta opuestos, resaltando así la naturaleza modificable de la valoración. El papel del terapeuta es representar al juez y "hacer que no consten" las pruebas inadmisibles, como los rumores («una vez oí que...») o los argumentos irracionales.

La clave para cuestionar las valoraciones de la responsabilidad es establecer, en primer lugar, un darse cuenta (p. ej., por medio del autorregistro) de las situaciones en las que el paciente adquiere una responsabilidad excesiva. Las señales emocionales, como sentirse culpable o molesto por algo, son, a menudo, la mejor forma de descubrir la responsabilidad excesiva. Cuando los pacientes toman una responsabilidad excesiva sobre acontecimientos específicos, una forma de exponer esa naturaleza excesiva es transferir la responsabilidad (temporalmente) al terapeuta, por medio de un contrato, de cualquier daño que se pudiera producir durante un período específico (véase Rachman, 1993). Se registran los pensamientos, la conducta y las reacciones y se comparan con un período similar cuando la responsabilidad se vuelve a transferir al paciente. Otra forma de destacar la exagerada responsabilidad consiste en predecir las reacciones del paciente (cognitivas, emocionales o conductuales) cuando la responsabilidad se transfiere a otra persona; por ejemplo, se paga a alguien una gran cantidad de dinero para que se haga cargo de la situación. Se le pregunta al paciente, «¿seguiría empleando elementos neutralizadores si tuviera que pagar 500 000 pta a una persona para que condujera detrás de Vd. con el fin de asegurarse que no ha atropellado a nadie?».

### V.7.3. Responsabilidad exagerada y consecuencias de un resultado negativo

Este tipo de valoración es frecuente en distintos trastornos por ansiedad y existe una serie de buenos ejemplos en la literatura (Beck y Emery, 1985; Van Oppen y

Arntz, 1994). La flecha descendente se emplea para identificar todos los pasos de la cadena que conduce a la consecuencia finalmente temida. Se evalúa la probabilidad subjetiva de cada paso, para calcular luego la probabilidad acumulada. Una vez que se han identificado todos los pasos, se cuestiona la lógica de las consecuencias en cada uno de ellos y su grado de probabilidad.

### V.7.4. Perfeccionismo

Las valoraciones perfeccionistas de los pensamientos existen bajo una serie de formas. Un tipo de perfeccionismo es la necesidad de certeza o de que se va a realizar completamente la tarea (véase Rasmussen y Eisen, 1991). Un joven estudiante licenciado, con una serie de obsesiones sobre diferentes ambigüedades, sufría de obsesiones continuas de que no había entendido perfectamente las cosas que había leído. Empezó a leer cada vez más despacio, le iba siendo menos agradable leer y se distraía en otras tareas intentando ver si había comprendido lo que había leído, explicándose el texto a sí mismo.

Si no comprendí todo lo que leí  
 ↓  
 Es como si no hubiera entendido nada  
 ↓  
 No sabré lo que necesito saber  
 ↓  
 Terminaré sin saber nada  
 ↓  
 Suspendaré

Esto se cuestionó de tres maneras. En primer lugar, el pensamiento dicotómico («Si no entendí todo es como si no hubiera entendido nada»). En segundo lugar, se expusieron las ventajas y desventajas de intentar comprender todo perfectamente.

Ventajas	Desventajas
Saber que sé	Dudas sobre uno mismo y frustración cuando no tengo éxito (generalmente)
Certeza sobre algunas cosas	Leer menos
	Pérdida de placer en la lectura
	Preocupación y distracción, fatiga

Una vez que se establecieron las ventajas y las desventajas, se cuestionó la validez de las primeras. En este caso, el paciente tenía que identificar el número de veces que estaba seguro de lo que había leído. De hecho (tal como se podría predecir), admitió que esto sucedió de forma muy infrecuente. Así, no sólo estaba: 1) entregado a la inútil persecución de las denominadas ventajas que casi



nunca tenían lugar, sino que 2) sufría también todas las desventajas de buscar una comprensión perfecta. Esto abrió la puerta para modificar los pensamientos subyacentes cambiando la conducta.

Para refutar la predicción («Si no entiendo todo lo que leo, no sabré lo que necesito saber y, finalmente, suspenderé»), se diseñó un experimento conductual. Dividió las cosas que tenía que leer en tres categorías:

- a. Cosas que solamente tenía que leer (publicidad, folletos, periódicos, etcétera).
- b. Cosas que tenía que leer y comprender en términos generales (leer por placer).
- c. Cosas que tenía que leer y comprender bien (contenidos del examen, anuncio de un trabajo, etcétera).

En la primera categoría tenía que leer las cosas tan rápido como le fuese posible sin retroceder. En la segunda categoría, se leía la primera página a la velocidad normal y las páginas siguientes se leían 1/3 más rápido. La tercera categoría permanecía intacta por el momento. No sólo no era correcta la predicción (que terminaría sin saber nada y fracasaría), sino que el paciente encontró que leía con más agrado, la velocidad aumentó, la distracción disminuyó y terminó sabiendo más, porque leía más y se preocupaba menos. Fue capaz finalmente de adentrarse en un texto de la tercera categoría y leer algunas partes más rápidamente que otras, según su importancia relativa.

Los experimentos conductuales son útiles para cuestionar la responsabilidad exagerada y las actitudes perfeccionistas, cometiendo deliberadamente, por ejemplo, un pequeño error o cambiando un hábito rígido y luego predecir las consecuencias negativas específicas y compararlas con el resultado real. Cuando se plantean de forma apropiada, estos experimentos permiten que se hagan unas predicciones más precisas.

#### V.8. La prevención de las recaídas

El estudio formal de las recaídas y de su prevención en el TOC se encuentra todavía en su infancia, aunque textos recientes (p. ej., Emmelkamp, Kloek y Blaauw, 1992; Salkovskis, 1985; Steketee, 1993) están abordando la cuestión de forma más explícita. No hay datos sobre la recaída en los pensamientos obsesivos sin compulsiones manifiestas. Nuestra propia experiencia nos dice que la mejor forma de que el tratamiento se vaya desvaneciendo es aumentar el período de tiempo entre sesiones y que de vez en cuando haya un contacto con el terapeuta para una «puesta a punto» y para aprender a reaccionar de forma adecuada a nuevas situaciones. Aunque mucha de la información necesaria para vérselas con la recaída se encuentra implícita a lo largo del tratamiento, se debería identificar de forma explícita en las sesiones posteriores y recogerse en un documento que el paciente pueda guardar. La información esencial del paquete incluye:

- Una comprensión clara del modelo y de cómo el estado de ánimo y los acontecimientos de la vida pueden modular el modelo, ayudando al paciente a comprender los cambios a niveles de los síntomas residuales y a identificar los primeros signos de la recaída. Se debería representar sobre papel el modelo y la información básica. Se pueden grabar también las sesiones de prevención de las recaídas.

- Expectativas claras sobre los síntomas residuales. El paciente puede esperar tener, en ocasiones, apariciones de pensamientos más frecuentes e intensos, pero será capaz de afrontarlos. En particular, las situaciones desencadenantes con baja frecuencia son más difíciles de ajustar debido a la falta de práctica y a la novedad. De este modo, las vacaciones, los cambios imprevistos de la vida, las situaciones de «mala suerte», se encuentran a menudo asociados a los aumentos de los síntomas obsesivos.

- Instrucciones escritas sobre lo que hay que hacer en caso de recaída. Esto puede resumirse en los puntos siguientes, aunque es mejor presentarlos con ejemplos y detalles personalizados:

1. Que no te entre pánico.
2. Revisa el modelo.
3. No concedas importancia a los pensamientos, no catastrofices.
4. No emplees elementos neutralizadores, ni conductas de evitación, ni busques factores tranquilizadores, etcétera.
5. Haz prácticas de exposición.
6. Analiza las situaciones clave, aplica técnicas de reestructuración para reevaluar la probabilidad, atribuye responsabilidades, etcétera.
7. Identifica estímulos estresantes y aplica la solución de problemas, busca ayudas cuando sea necesario.
8. Identifica lo que hacías cuando las cosas iban mejor y qué has dejado de hacer.
9. Considera a las recaídas como una oportunidad de llevar la teoría a la práctica y mantenerte al día, pero no como un retroceso o un fracaso.

Debería observarse que otros autores han planteado toda una serie de ayudas complementarias que puede ser útil para los pacientes con un TOC a la hora de prevenir las recaídas (Emmelkamp *et al.*, 1992; Riggs y Foa, 1993; Salkovskis, 1989; Steketee, 1993; Turner y Beidel, 1988; Warren y Zgourides, 1991). El consenso general es desarrollar formas de superar las dificultades diarias en días normales. Las ayudas complementarias pueden incluir entrenamiento en asertividad, terapia marital o familiar, el entrenamiento en el control del estrés, la planificación de las actividades, el entrenamiento en solución de problemas, etcétera.

#### V.9. Tratamiento cognitivo-conductual y farmacológico combinados

En los últimos años se ha dado un aumento del interés por la combinación de las terapias cognitivo-conductuales y farmacológicas en el tratamiento del TOC.

Un reciente metaanálisis de 87 estudios sobre tratamiento (Van Balkom *et al.*, 1994) encontró que la terapia de conducta era significativamente superior al placebo en las evaluaciones de los síntomas obsesivo-compulsivos. Se observaron también algunos resultados significativos secundarios para la terapia cognitiva. En los síntomas autoinformados, la terapia de conducta se presentaba como más eficaz que los fármacos antidepresivos clomipramina, fluoxetina o fluvoxamina considerados en combinación y no había evidencia de que estos antidepresivos más la terapia de conducta fuera superior a la terapia de conducta sola. Como no existen estudios comparativos sobre pensamientos obsesivos sin rituales compulsivos manifiestos, no es posible proporcionar recomendaciones con base empírica. Sin embargo, tal como hemos afirmado en otra parte (Ladouceur, Freeston y Gagnon, 1994b), nuestra experiencia nos ha demostrado que, en algunos casos, combinaciones apropiadas de antidepresivos y terapia cognitivo-conductual pueden facilitar el tratamiento al estabilizar al paciente, mejorar los síntomas depresivos y establecer una primera sensación de control, permitiéndole así que dedique más recursos a la terapia cognitivo-conductual.

Es necesaria una estrecha colaboración entre el médico y el terapeuta para permitir un desvanecimiento apropiado del tratamiento y/o una sustitución de la medicación alternativa (p. ej., de un antidepresivo con efectos antiobsesivos no comprobados), de modo que se puedan practicar las habilidades con unos niveles de síntomas adecuados y que permitan una atribución apropiada de los beneficios del tratamiento a las nuevas habilidades que se hayan aprendido durante la terapia cognitivo-conductual. Esto puede disminuir la probabilidad de recaídas cuando se retire la medicación. Hemos observado que algunos pacientes con una historia previa de depresión o de recaídas cuando se retiraba la medicación, pueden beneficiarse del mantenimiento de una baja dosis de medicación que esté por debajo de los niveles normales recomendados, mientras que los cambios en el estilo de vida tienen lugar después de una terapia cognitivo-conductual con éxito. Con una "red de seguridad" en su entorno, el paciente se sentirá más seguro y más capaz de cumplir con el desafío de aprender a vivir sin obsesiones, de temer menos la recaída.

#### v.10. La eficacia del tratamiento cognitivo-conductual

Además de los casos tratados con éxito de los que ya se ha informado (Ladouceur *et al.*, 1993, 1995), recientemente 28 pacientes han participado en un estudio que evaluaba resultados. En el postest, había una mejoría significativamente superior en el grupo de tratamiento que en el grupo control en la escala para las obsesiones-compulsiones de Yale-Brown (*Yale-Brown obsessive-compulsive scale*), al igual que en medidas de funcionamiento global y en autoinformes de ansiedad, depresión, síntomas obsesivo-compulsivos y variables cognitivas. El beneficio promedio obtenido por todos los pacientes en el tratamiento fue un 57% de reducción en la puntuación inicial de la escala anterior. Para los pacientes que completaron el tratamiento, el 82% había mejorado mucho. Disminuyeron los síntomas obsesivos, depresivos y ansiosos autoinformados, así como los

pensamientos irracionales y la valoración de los pensamientos objetivo, hallándose unos tres cuartos de las puntuaciones de los pacientes dentro del rango normal después del tratamiento. Un seguimiento realizado a los seis meses mostró que las ganancias permanecían estables. El seguimiento de los pacientes que habían terminado el tratamiento 2-3 años antes muestra que mantienen los beneficios del mismo aunque algunos siguen siendo vulnerables a las perturbaciones del estado de ánimo y a ocasionales ataques de ira en respuesta a acontecimientos estresantes. En estos momentos, estamos planificando adaptar el paquete de tratamiento para intervenir, en un próximo futuro, en adolescentes con un TOC.

#### REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3ª edición-Revisada) (*DSM-III-R*). Washington: APA.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª edición) (*DSM-IV*). Washington: APA.
- Beck, A. T. y Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Nueva York: Basic Books.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. y Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford.
- Beech, H. R. y Vaughn, M. (1978). *Behavioural treatment of obsessional states*. Chichester: Wiley.
- Burns, D. D. (1980). *Feeling good: The new mood therapy*. Nueva York: New American Library.
- Clark, D. M. (1987). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 461-470.
- Emmelkamp, P. M. G. (1982). *Phobic and obsessive-compulsive disorders*. Nueva York: Plenum.
- Emmelkamp, P. M. G., Kloek, J. y Blaauw, E. (1992). Obsessive-compulsive disorders. En P. H. Wilson (dir.), *Principles and practice of relapse prevention*. Nueva York: Guilford.
- Foa, E. B., Steketee, G. S. y Ozarow, B. J. (1985). Behavior therapy with obsessive compulsives. En M. Mavissakalian, S. M. Turner y L. Michelson (dirs.), *Obsessive-compulsive disorder*. Nueva York: Plenum.
- Freeston, M. H. y Ladouceur, R. (1993). Appraisal of cognitive intrusions and response style: Replication and extension. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 181-190.
- Freeston, M. H. y Ladouceur, R. (1994a). «From intrusions to obsessions: An account of the development and maintenance of obsessive-compulsive disorder». En preparación.

- Freeston, M. H. y Ladouceur, R. (1994b). «What do patients do with their obsessive thoughts?». En preparación.
- Freeston, M. H. y Ladouceur, R. (1994c). «Mood, cognitive appraisal, daily life events and obsessional severity in OCD without overt compulsions». En preparación.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Gagnon, F. y Thibodeau, N. (1991a). Cognitive intrusions in a non-clinical population. I. Response style, subjective experience, and appraisal. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 585-597.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Gagnon, F. y Thibodeau, N. (1991b, noviembre). *Les intrusions cognitives: Implications pour le trouble obsessionnel-compulsif*. [Intrusive thoughts: Implications for obsessive compulsive disorder]. Comunicación presentada en la reunión anual de la Société Québécoise pour la Recherche en Psychologie, Trois-Rivières, Quebec.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Gagnon, F. y Thibodeau, N. (1992, junio). *Intrusive thoughts, worry, and obsessions: Empirical and theoretical distinctions*. En P. Salkovskis (dir.), *Clinical and non-clinical intrusive thoughts*. Comunicación presentada en el World Congress of Cognitive Therapy, Toronto.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Gagnon, F. y Thibodeau, N. (1993). Beliefs about obsessional thoughts. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 15, 1-21.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Provencher, M. y Blais, F. (1995). Strategies used with intrusive thoughts: Context, appraisal, mood, and efficacy. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 201-215.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Letarte, H., Rhéaume, J., Gagnon, F. y Thibodeau, N. (1994). Measurement of obsessive-compulsive symptoms with the Padua Inventory: Replication and extension. Manuscrito enviado para publicación.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Delgado, P., Heniger, G. R. y Charney, D. S. (1989a). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. II. Validity. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1012-1016.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., Heniger, G. R. y Charney, D. S. (1989b). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.
- Greist, J. H. (1990). Treatment of obsessive compulsive disorder: Psychotherapies, drugs, and other somatic treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, 44-50.
- Headland, K. y McDonald, B. (1987). Rapid audio-tape treatment of obsessional ruminations. A case report. *Behavioural Psychotherapy*, 15, 188-192.
- Himle, J. y Thyer, B. A. (1989). Clinical social work and obsessive-compulsive disorder. *Behavior Modification*, 13, 459-470.
- Hoogduin, K., De Haan, E., Schaap, C. y Arts, W. (1987). Exposure and response prevention in patients with obsessions. *Acta Psychiatrica Belgica*, 87, 640-653.
- Jenike, M. A. y Rauch, S. L. (1994). Managing the patient with treatment-resistant obsessive-compulsive disorder: Current strategies. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 11-17.
- Karno, M., Golding, J. M., Sorenson, S. B. y Burnam, M. A. (1988). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1094-1099.
- Khanna, S., Rajendra, P. N. y Channabasannava, S. M. (1988). Life events and onset of obsessive-compulsive disorder. *The International Journal of Social Psychiatry*, 34, 305-309.
- Kozak, M. J. y Foa, E. B. (1994). Obsessions, overvalued ideas, and delusions in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 343-353.

- Ladouceur, R., Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Thibodeau, N., Gagnon, F. y Bujold, A. (1994a, noviembre). *Treatment of obsessions: A controlled study*. Comunicación presentada en la reunión anual de la Association for the Advancement of Behavior Therapy, San Diego, California.
- Ladouceur, R., Freeston, M. H. y Gagnon, F. (1994b). *Cognitive and behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder*. Manuscrito enviado para publicación.
- Ladouceur, R., Freeston, M. H., Gagnon, F., Thibodeau, N. y Dumont, J. (1995). Cognitive-behavioral treatment of obsessions. *Behavior Modification*, 19, 247-257.
- Ladouceur, R., Freeston, M. H., Gagnon, F., Thibodeau, N. y Dumont, J. (1993). Idiographic considerations in the cognitive-behavioral treatment of obsessional thoughts. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 24, 301-310.
- Marks, I. M. (1987). *Fears, phobias, and rituals*. Nueva York: Oxford University Press.
- Marks, I. M., Stern, R. S., Mawson, D., Cobb, J. y McDonald, R. (1980). Clomipramine and exposure for obsessive-compulsive rituals: I. *British Journal of Psychiatry*, 136, 1-25.
- Martin, C. y Tarrier, N. (1992). The importance of cultural factors in the exposure to obsessive ruminations: A case example. *Behavioural Psychotherapy*, 20, 181-184.
- Mathews, A. (1990). Why worry? The cognitive function of anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 455-468.
- McKeon, J., Bridget, R. y Mann, A. (1984). Life events and personality traits in obsessive-compulsive neurosis. *British Journal of Psychiatry*, 144, 185-189.
- Milby, J. B., Meredith, R. L. y Rice, J. (1981). Videotaped exposure: A new treatment for obsessive-compulsive disorders. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 12, 249-255.
- Moergen, S., Maier, M., Brown, S. y Pollard, C. A. (1987). Habituation to fear stimuli in a case of obsessive-compulsive disorder: Examining the generalization process. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1, 65-70.
- Molnar, C., Freund, B., Riggs, D. y Foa, E. B. (1993, noviembre). *Comorbidity of anxiety disorders and DSM-III-R axis II disorders in obsessive-compulsives*. Comunicación presentada en la reunión anual de la Association for the Advancement of Behavior Therapy, Atlanta, Georgia.
- Myers, K., Weissman, M., Tischler, L., Holzer, E., Leaf, J., Orvaschel, H., Anthony, C., Boyd, H., Burke, D., Kramer, M. y Stoltzman, R. (1984). Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities: 1980-1982. *Archives of General Psychiatry*, 41, 959-967.
- Rachman, S. J. (1971). Obsessional ruminations. *Behaviour Research and Therapy*, 9, 229-235.
- Rachman, S. J. (1976). The modification of obsessions: A new formulation. *Behaviour Research and Therapy*, 14, 437-443.
- Rachman, S. J. (1978). An anatomy of obsessions. *Behavior Analysis and Modification*, 2, 255-278.
- Rachman, S. J. (1981). Part I. Unwanted intrusive cognitions. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 3, 89-99.
- Rachman, S. J. (1985). An overview of clinical and research issues in obsessional-compulsive disorders. En M. Mavissakalian, S. M. Turner y L. Michelson (dirs.), *Obsessive-compulsive disorder: Psychological and pharmacological treatment*. Nueva York: Plenum.
- Rachman, S. J. (1993). Obsessions, responsibility and guilt. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 149-154.

- Rachman, S. J. y De Silva, P. (1978). Normal and abnormal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 16, 233-248.
- Rachman, S. J. y Hodgson, R. J. (1980). *Obsessions and compulsions*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- Rasmussen, S. y Eisen, J. L. (1991). Phenomenology of OCD: Clinical subtypes, heterogeneity and coexistence. En J. Zohar, T. Insel y S. Rasmussen (dirs.), *The psychobiology of obsessive-compulsive disorder*. Nueva York: Springer.
- Rasmussen, S. A. y Eisen, J. L. (1992). Epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53, 4-10.
- Riggs, D. S. y Foa, E. B. (1993). Obsessive compulsive disorder. En D. H. Barlow (dir.), *Clinical handbook of psychological disorders*. Nueva York: Guilford.
- Robins, L. N., Helzer, J. E., Weissman, M. M., Orvaschel, H., Gruenberg, E., Burke, J. D. y Regier, D. A. (1984). Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Archives of General Psychiatry*, 41, 949-959.
- Salkovskis, P. M. (1983). Treatment of an obsessional patient using habituation to audiotaped ruminations. *British Journal of Clinical Psychology*, 22, 311-313.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioral analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571-583.
- Salkovskis, P. M. (1989). Cognitive-behavioral factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 677-682.
- Salkovskis, P. M. y Westbrook, D. (1989). Behaviour therapy and obsessional ruminations: Can failure be turned into success? *Behaviour Research and Therapy*, 27, 149-160.
- Sanavio, E. (1988). Obsessions and compulsions: The Padua Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 169-177.
- Steketee, G. S. (1993). *Treatment of obsessive compulsive disorder*. Nueva York: Guilford.
- Turner, S. M. y Beidel, D. C. (1988). *Treating obsessive-compulsive disorder*. Nueva York: Pergamon.
- Van Balkom, A. J. L. M., Van Oppen, P., Vermeulen, A. W. A., Nauta, M. M. C, Vorst, H. C. M. y Van Dyck, R. (1994). *A meta-analysis on the treatment of obsessive-compulsive disorder: A comparison of antidepressants, behavior and cognitive therapy*. Manuscrito enviado para publicación.
- Van Oppen, P. y Arntz, A. (1994). Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 79-87.
- Warren, R. y Zgourides, G. D. (1991). *Anxiety disorders: A rational-emotive perspective*. Nueva York: Pergamon.
- Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Greenwald, S., Hwu, H.-G., Lee, C. K., Newman, S. C., Oakley-Browne, M. A., Rubio-Stipec, M., Wickramaratne, P. J., Wittchen, H. U. y Yeh, E. K. (1994). The cross national epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 5-10.

## LECTURAS PARA PROFUNDIZAR

- Mavissakalian, M., Turner, S. M. y Michelson, L. (dirs.) (1985). *Obsessive-compulsive disorder: Psychological and pharmacological treatment*. Nueva York: Plenum.
- Rachman, S. J. y Hodgson, R. J. (1980). *Obsessions and compulsions*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.

- Riggs, D. S. y Foa, E. B. (1993). Obsessive compulsive disorder. En D. H. Barlow (dir.), *Clinical handbook of psychological disorders*. Nueva York: Guilford.
- Steketee, G. S. (1993). *Treatment of obsessive compulsive disorder*. Nueva York: Guilford.
- Turner, S. M. y Beidel, D. C. (1988). *Treating obsessive-compulsive disorder*. Nueva York: Pergamon.



Este material ha sido traducido y sintetizado del libro Traumatic Stress.  
Bessel van der Kolk, Alexander McFarlane, Lars Weisaeth Editores.

*El Estrés Traumático. Los efectos de una experiencia  
abrumadora sobre la Mente, el Cuerpo y la Sociedad.*

Bessel van der Kolk, Alexander McFarlane, Lars Weisaeth Editores.

**PARTE II. REACCIONES AGUDAS**

**Capítulo IV**

**Estrés vs. Estrés Traumático**

***De una reacción homeostática aguda a una psicopatología  
crónica***

---

Dentro de la nomenclatura psiquiátrica existen muchos términos que ahora son obsoletos o difíciles de justificar. Ejemplos salientes son los diagnósticos que localizan el origen de los problemas psicológicos en órganos corporales, como por ejemplo la histeria, la hipocondría; o humores corporales, como por ejemplo, la melancolía.

El término Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), a pesar, de ser una categoría nueva, es un término problemático por numerosas razones. Primero, "estrés traumático" se confunde con dos constructos distintos: estrés y traumatización mental. Segundo, la idea de "postraumático" se nutre de una definición retrospectiva de los sucesos como traumáticos basados en efectos patogénicos de largo tiempo. Tercero, la inclusión dentro de un marco de incidentes desafortunadamente comunes, por ejemplo, accidentes de tránsito, y atrocidades colosales, por ejemplo, el Holocausto, crea una fundación disbalanceada para la teoría etiológica de los trastornos relacionados con el estrés.

***¿El TEPT es una respuesta normal a circunstancias anormales?***

La creencia de que el TEPT es una respuesta normal a circunstancias anormales está en sí misma basada en otras asunciones:

- 1) que el incidente que causa el TEPT es "anormal", y
- 2) que todas las reacciones vistas están dentro del límite de respuestas normales tales como un estresor y el hecho sería esperable de ser visto en la mayoría de las personas que experimentan el trauma. (Asociación Americana de Psiquiatría, 1980).

Esto no es una creencia nueva. Aparece en la literatura temprana de estrés traumático, y continúa apareciendo en textos más recientes como en este ejemplo: "lo que fue valioso para un sobreviviente, por ejemplo, en la jungla de Vietnam (una activación Noradrenérgica y del sistema, factores de liberación de corticotrofina / hipotálamo / hipófisis / adrenal), el fuerte grabado de trazos de

memoria del suceso, promueve una respuesta de alarma, una tensión aumentada y vigilancia, y puede representar la patología, cuando los veteranos están sentados en la mesa para cenar con los miembros de su familia, veinte años después de la guerra". (Bremner, Davis, Cristal, Southwick, & Charney, 1993). En este caso, el TEPT está conceptualizado como una respuesta normal que se extiende en el tiempo y más allá de su utilidad. Una hipótesis similar aparece en la literatura psicodinámica, en la cual el TEPT es visto como un proceso mental incompleto; en otras palabras, una respuesta normal que no está apropiadamente concluida (por ej. Horowitz, 1974, 1986; Horowitz, Wilner, & Alvarez, 1979; Marmar, Foy, Kagan, & Pynoos, 1993). Las aproximaciones conductuales también están basadas sobre esta asunción: los síntomas son respuestas normales aprendidas y en estos pacientes con TEPT, la respuesta no se distingue (por ej. Keane, Fairbank, Caddell, Zimering, & Bender, 1985). La hipótesis de "respuesta normal" sugiere que TEPT es en esencia un fracaso para recuperarse de la traumatización mental. Implícitamente la recuperación es siempre posible, especialmente cuando el sujeto es autorizado a que el proceso de recuperación "normal" puede ocurrir. Esto es visto en el hecho que un gran número de sobrevivientes de la más extrema traumatización de la historia moderna, el Holocausto (por ej. Levav & Abramson, 1984; Eaton, Sigal, & Weinfeld, 1982) de algún modo se han recuperado y vivido normalmente. Los resultados del Estudio Nacional de Readaptación de Veteranos de Vietnam (Kulka, 1990) de un modo similar mostró que solamente el 15,2% de hombres veteranos de Vietnam sufrieron de TEPT prolongado. McFarlane (1984) ha sugerido que la enfermedad mental no debería ser considerada una reacción esperada para la mayor parte de los sucesos de la vida, tales como desastres. El punto de vista alternativo – que el TEPT es un hecho de respuesta anormal – no ha sido realmente considerado dentro de la literatura, y solo recientemente tiene un concepto con una luz mas crítica. El primer aspecto de importancia que ha surgido es que la sintomatología de TEPT ocurre después de sucesos extraordinarios como ordinarios. Estudios recientes han mostrado que los sucesos traumáticos frecuentemente ocurren a civiles en periodos de paz, tanto como a soldados y víctimas de guerra, y que muchos sobrevivientes de sucesos tan frecuentes desarrollaron TEPT (Breslau & Davis, 1992). Las descripciones clínicas, de un modo similar, muestran que el TEPT puede seguir a sucesos de menor magnitud tales como accidentes de tránsito, procedimientos médicos, o infartos de miocardio. El hecho que el trastorno de discapacidad crónica tal como el TEPT puede resultar de sucesos comunes, es el argumento contrario a que es una respuesta "de normalidad". Siguiendo a esta revisión de una extensa literatura sobre los predictores de TEPT, lo cual profundizará esta discusión sobre la naturaleza inmediata de la respuesta al trauma.

#### *Predictores de TEPT.*

La respuesta inmediata al trauma es uno de los pasos en la cadena de causalidad que eventualmente conduce a TEPT. Por lo tanto, la intensidad de los predictores, en el mejor de los casos, solamente es una parte de la variación de la respuesta patológica. De modo que poner los efectos de la respuesta inmediata en perspectiva (tabla 4.1) resume 38 estudios de predictores de TEPT. Estos predictores referidos a la vulnerabilidad pre-trauma,

a la magnitud del estresor, a la preparación al evento, a la cualidad de respuesta inmediata y de corto plazo, y los factores de "recuperación" post-evento.

#### *Vulnerabilidad Pre-trauma.*

La vulnerabilidad pre-trauma incluye factores de riesgo genético y biológico, tanto como factores relacionados al curso de la vida de la persona, al ambiente de crianza, a la salud mental y a la personalidad.

Los factores constitucionales biológicos incluyen historia familiar de trastornos mentales, sexo, y también la posibilidad de condicionalidad aumentada o factores de vulnerabilidad neuroendocrina (baja respuesta de cortisol al estrés).

True y colaboradores (1993) han mostrado una cantidad de factores genéticos que dan una variación del 3 al 30% en la probabilidad de síntomas de re-experimentar de grupos asociativos, del 30% al 34% para los síntomas de grupo de evitación, y 28% al 32% para los síntomas de asociaciones de alerta.

Los rasgos de personalidad tales como negativismo, introversión, trastornos mentales previos, también aumentan el riesgo de desarrollar TEPT.

Factores relacionados a sucesos de la vida, incluyendo traumatización temprana (por ejemplo, abuso sexual y físico en la infancia) y exposición a traumas similares (por ejemplo, experiencias de combate repetidas, o experiencias de violación), conductas negativas de los padres, temprana separación de los padres, carencia de padres y baja educación, son predictores independientes tanto de la exposición como de TEPT seguido de exposición.

Las últimas cuatro variables interactúan unas con otras y pueden representar diferentes facetas de factores socioeconómicos comunes.

#### *Magnitud del estreror.*

La intensidad de los sucesos traumáticos expresados en términos de intensidad del combate y duración, peligrosidad de incidentes de violación, intensidad de experiencias de tortura, o lesión física extensa contribuyen significativamente al desarrollo del TEPT.

Green, en 1990, ha propuesto ocho dimensiones genéricas de estresores traumáticos que "hacen un corte de diferentes tipos de sucesos traumáticos:

1. amenaza a la vida e integridad de uno.
2. daño o lesión física severa.
3. lesión o daño por descarga intencional.
4. exposición a lo grotesco.
5. ser testigo o aprender la violencia de las personas amadas.
6. aprender a exponerse a agentes nocivos.
7. causar la muerte o el daño severo a otros.

Cuando la variación genética fue controlada por Goldberg y colaboradores, se encontró una relación positiva entre la intensidad del combate y los incidentes de TEPT.

### *Preparación para el suceso.*

Los estudios han demostrado que una adecuada preparación para sucesos estresantes cuando tal preparación es posible, protege a los individuos de los efectos del estrés. Reduce la incertidumbre, aumenta el sentido de autocontrol y enseña las respuestas automáticas que son menos fácilmente erosionadas bajo el estrés.

Los efectos psicológicos de la preparación pueden aún exceder el contenido del entrenamiento

Gitten (1989) analizó las maniobras de rescate de un piloto de helicóptero quien previamente había chocado en el Mar del Norte, y había recibido un entrenamiento de escape en un simulador. Fue encontrado que las maniobras de rescate efectivo durante el accidente real, difería de aquellas realizadas durante el entrenamiento; sin embargo, los sobrevivientes percibieron en los ejercicios de entrenamiento como útiles. El autor interpretó esos hallazgos como sugiriendo que el entrenamiento era efectivo en generar respuestas positivas más que enseñar una rutina para preservar la vida.

### *Respuestas inmediatas y de corto plazo.*

La respuesta individual durante la fase de impacto del estresor (recientemente referido como "peritraumático") ha recibido mayor atención en los últimos pocos años.

La respuesta peritraumática incluye:

1. conductas o síntomas observables (conversión, agitación, estupor).
2. experiencias emocionales o cognitivas, por ejemplo, ansiedad, pánico, anestesia, confusión, o
3. funciones o procesos mentales (por ejemplo, defensas)

Estas tres dimensiones (síntomas, experiencias, y funciones mentales) están frecuentemente confundidas. La disociación, por ejemplo, es una y al mismo tiempo una conducta observable, una experiencia y una forma de defensa contra el dolor, el distrés, o la humillación.

Un punto central se extiende aquí, para lo cual la reacción peritraumática (disociación, desorganización) especialmente predice el distrés prolongado.

Algunos autores encontraron tempranamente que algunas personas desarrollan respuestas excesivas bajo estrés y tales respuestas son frecuentemente transformadas en trastornos prolongados:

*"El miedo y la rabia son una pequeña dosis de estimulación y alerta del yo, que aumenta la eficacia, pero cuando es estimulado por un trauma psicológico repetido, la intensidad de la emoción aumenta hasta el punto de alcanzar la pérdida del yo en su efectividad e incluso puede llegar a lesionarse".*

En las descripciones clínicas de reacciones neuróticas a severos estrés de combate, es por lo tanto, una parada de todo tipo de síntoma psicológico y psicosomático y de conductas mal adaptadas. Además, una de las mayores características de las reacciones neuróticas en la batalla, es la manera en la cual los síntomas después tienen como un rodeo en el tiempo, un lapso. Lo que comienza con reacciones severas de ansiedad en el área de combate, al final



pueden llegar a ser depresiones severas en las áreas de retaguardia o en el hogar.

Griker y Spiegel también propusieron los estados de ansiedad por la jerarquía de combate:

*"En los estados de ansiedad medios, los signos motores y subjetivos de ansiedad están presentes, pero la función no está interferida. En los estados de ansiedad moderados, los mismos síntomas pueden haber progresado hasta el punto donde el aviador puede cometer errores en el vuelo y ahora tiene su propia incapacidad también por el miedo. Los estados de ansiedad severos, (están caracterizados por) una mayor regresión del yo, confusión en relación al ambiente, mutismo y estupor".*

Otro predictor hipotético es la disociación. En las recientes elaboraciones de los conceptos de Janet de la disociación traumática, los estudios han mostrado altos niveles de disociabilidad en TEPT (Spiegel, Hunt y Thornthemsine, 1988) y los reportes de reacciones disociativas frecuentes durante sucesos de estrés (Cardeña y Spiegel, 1993), reunidos han propuesto que la disociación puede tener un rol en la patogénesis del TEPT.

Varios estudios proveyeron sostén empírico para la relación entre disociación y TEPT. Holen (1993) estudió a los sobrevivientes del desastre de derramamiento de aceite en el Mar del Norte, y mostró que los que reportaron disociación durante el trauma fueron significativamente asociados con la respuesta del desastre.

En un estudio prospectivo reciente de 51 lesionados sobrevivientes de un trauma en Israel, fue encontrado que la disociación peritraumática, como se reportó una semana después del trauma en la Escala de Experiencia Disociativa Peritraumática de Marmar y colaboradores (1994), explicaron que el 30% de la variación de los síntomas de TEPT en el seguimiento posterior de seis meses, pareciera por debajo de los efectos de sexo, educación, edad y sabilidad del evento tanto como intrusión, ansiedad de evitación y depresión siguieron al suceso. Trece de los 51 sujetos (es decir, el 25,4%) habían desarrollado síntomas de TEPT en el seguimiento y la disociación peritraumática también fue un predictor fuerte del estado de TEPT en los seis meses posteriores al suceso. Las respuestas organizadas y caóticas, tales como "freezing", "estupor" o "rendirse" y las percepciones que sobrevivieron del evento tales como incontrolables e impredecibles, afectaron fuertemente la respuesta de largo término.

De acuerdo a Baum, Cohen y Hall (1993), "una de las posibles razones para el estrés crónico que sigue a los sucesos traumáticos, es los efectos de desorganización, de pérdida de control, y violación de las expectativas de regular los aspectos de la vida de uno".

Las dimensiones de afrontamiento durante el suceso también han sido estudiadas como un predictor de TEPT. El afrontamiento durante el combate ha sido también definido como "cualquier intento de aumentar una brecha entre el estrés de combate y el distrés subjetivo". El afrontamiento incluye un amplio rango de estrategias cognitivas y conductuales, generalmente construidas como "focalización sobre el problema", "focalización sobre la emoción" y "relacionado a la evaluación".

Salomon, Abitzur & Pulinzer y Salomon, Mikulinzer & Harad, encontraron una relación positiva entre afrontamiento focalizado sobre la emoción y embotamiento de estrategias de afrontamiento, por un lado, y síntomas psiquiátricos de largo término por el otro.

Los afrontamientos localizados sobre el problema y monitorear estrategias de afrontamiento, sin embargo, moderan los efectos de detrimento de los afrontamientos focalizados sobre la emoción sobre la salud mental. Por contraste, Sparral & McFarlane (1993), encontraron que toda estrategia de afrontamiento fueron igualmente asociadas con la presencia de TEPT. Estos resultados conflictivos pueden ser atribuibles al hecho de que el "afrontamiento exitoso" más que cualquier estrategia de afrontamiento particular, puede moderar los efectos del estrés.

El afrontamiento efectivo resulta en un alivio del estrés personal, manteniendo un sentido de valor personal, conservación de la capacidad de uno para formar contactos sociales compensatorios y sostenida capacidad para encontrar los requerimientos de la tarea.

De modo que un afrontamiento exitoso debe enfrentarse a las circunstancias del suceso y a los recursos del individuo. Por otro lado, una entrega pasiva, una aceptación estoica, un remarcar cognitivo puede ser apropiado en algunas situaciones donde el estresor es incontrolable mientras está actuando directamente el estresor, pidiendo ayuda o con otras estrategias de afrontamiento activo, pueden ser adaptativas en otras circunstancias.

En un estudio sobre la sobrevivencia de ataques terroristas, describimos una amplia variedad de esfuerzos de afrontamiento durante la fase de impacto del estresor. Esto incluía rescate activo de otros sobrevivientes, compartir la información importante por los rescatadores, preservar la dignidad de uno cubriendo el cuerpo o controlando el descubrimiento de información acerca de sucesos de la familia de uno. Aún la sobrevivencia de quienes estuvieron severamente injuriados parecía estar más enganchada con alguna modalidad de afrontamiento durante e inmediatamente después del suceso. Los sobrevivientes descubrieron que lograr exitosamente las metas de afrontamiento individual aumentó su sentido de control y redujo su distrés.

### *Respuestas de Post-trauma.*

Durante los días de semanas que siguen a la fase de impacto del trauma, los sujetos muestran una variedad de respuestas, algunas de las cuales han estado asociadas con desarrollos posteriores de TEPT.

El distrés durante los días que siguen al trauma parece ser omnipresente. Sin embargo, una cantidad de estrés subjetivo está correlacionado con desarrollo posterior de TEPT.

En la mayoría de los sobrevivientes, los síntomas intrusivos en particular parecen aparecer dentro de las 48 horas después del suceso. La diferencia de los sobrevivientes, sin embargo, es que una cantidad de discomfort, alerta y disociación puede acompañar tales recuerdos intrusivos tempranos. Y para algunos sobrevivientes, estos recuerdos repetidos son intolerables.

Las observaciones clínicas sugieren que muchos sobrevivientes están juzgándose a sí mismos re-evaluando sus acciones, o su fracaso para actuar, con particular intensidad durante este periodo. La teoría sugiere (Foa, Stekity y

Rothbaun, 1989) que estas re-evaluaciones pueden producir una evaluación sobregeneralizada y no específica del estresor y de los recursos de uno, conduciendo, por lo tanto, a la formación de experiencias negativas acerca de uno mismo y de otro.

En éste área, otra vez la sintomatología frecuentemente se confunde con los procesos mentales subyacentes. Esto es, la cantidad o intensidad de la conducta observable más que los efectos de tales conductas es lo que está siendo evaluado como predictor.

Pidiendo prestada la terminología de Piaget, la respuesta de estrés peritraumática involucra principalmente *adaptación*, (respondiendo a las demandas externas usando los recursos y estructuras que ya están disponibles). Mientras que los procesos de post-exposición son en esencia, un tema de *asimilación* (cambiando las estructuras internas en respuesta a lo novedoso).

Como regla, propongo que los clínicos involucrados en el tratamiento de víctimas de trauma reciente, deberían evaluar la *efectividad* del fenómeno intrusivo como promotor de asimilación más que su pico de intensidad.

Evaluando esta efectividad, ellos podrían extender, lo cual podría enganchar con las conductas disfuncionales y la expresión de síntomas que restablecen ayuda y sostén a otros, aumentando la capacidad de comunicación, y no interferir con las necesidades psicológicas de sueño y nutrición. Tal recomendación, sin embargo, no ha recibido confirmación empírica.

Los síntomas de TEPT temprano disminuyen con el tiempo para diferentes sobrevivientes. Foa y Rothbaun (1989) describieron síntomas de TEPT en 94% de las víctimas de violación, una semana después del trauma, pero solamente 52,4%, dos veces más tarde; y 47,1%, nueve meses después.

Otros estudios, encontraron una mayor proporción de sobrevivientes recuperados de síntomas tempranos de TEPT. La ocurrencia frecuente de tales síntomas durante los pocos días que siguen al trauma, disminuye su valor predictivo, particularmente debido a la baja especificidad.

Dos estudios realizados en el Centro de Estrés Psiquiátrico en el Hospital Universitario de Hadassah, en Jerusalem, han contribuido a la capacidad de tales síntomas para predecir TEPT. El primer estudio encontró que los síntomas de intrusión y evitación que se producen inmediatamente después del suceso fracasaban para predecir TEPT, síntomas de TEPT o síntomas psiquiátricos generales posteriores al trauma. El segundo estudio, como describimos antes, evaluó 51 civiles sobrevivientes de trauma entre una semana y seis meses después del trauma. A trece sujetos, el 25,5%, se le diagnosticó TEPT dentro de los seis meses; los sujetos con TEPT no diferían de aquellos que no desarrollaron TEPT en el reporte inicial del suceso, en la severidad y el rasgo de ansiedad. Los sujetos con TEPT reportaron altos niveles de intrusión, evitación, depresión y estados de ansiedad en la semana que siguió al trauma. En la evaluación inicial del IES (Escala de Impacto de Eventos), hubieron más de 19 correlatos, clasificaron 12 de 13 sujetos que desarrollaron TEPT posteriormente (sensibilidad del 92%). Sin embargo, solamente 13 de 38 sujetos que no desarrollaron TEPT tenían un score inicial de 10 IES, de 19 o menos (es decir, la especificidad es del 34%). En forma completa, 72,5% de los sujetos (37 de 51), tenían un score de IES mayor de 19, durante la primera semana posterior al trauma.

Es interesante que los síntomas de intrusión no aumentaban en los sujetos con TEPT entre la primera semana y los seis meses del examen. Estos síntomas se mantenían elevados en los sujetos con TEPT, mientras que disminuían en sujetos que no desarrollaron TEPT. En contraste, los síntomas de evitación aumentaron temáticamente en sujetos con TEPT, del 5,1 al 19,4 en la sub-escala de evitación del IES; mientras que se consideraba bajo en los sujetos que no desarrollaron TEPT.

Perry (1992) que evaluó la presencia de los trastornos psiquiátricos en 43 pacientes internados adultos que fueron evacuados de un Centro incendiado regional, y cuatro meses después encontraron que los síntomas de evitación y anestesia emocional tendían a emerger después de la salida del hospital. McFarlane (1992), de modo similar, sugirió que la evitación puede ser una estrategia defensiva para contener el distrés generado por la re-experimentación del desastre. En el momento de la primera evaluación de TEPT, los síntomas afectan fuertemente su valor predictivo: McFarlane, en 1992, estudió 113 casos de bomberos expuestos a desastres naturales y encontró un puntaje de la sub-escala de intrusión del IES cuatro meses después del evento, fuertemente como un predictor de síntomas de TEPT entre los 29 y 42 meses.

En suma, los trabajos sobre predictores de TEPT presentan una figura compleja del desarrollo del trastorno. Hasta hace poco tiempo, las variables examinadas reflejaban la asunción subyacente de que la respuesta al trauma es siempre una forma normal y esto conducía a dificultades en la diferenciación entre respuesta normal y las respuestas de aquellos que posteriormente desarrollaban TEPT.

Más recientemente, los estudios han comenzado a mirar respuestas excesivas o específicas para ver si hay mejores predictores de TEPT. Por ejemplo, el trabajo sobre disociación parece sostener esta posible variable de diferenciación.

### *¿Es el TEPT un trastorno de estrés?*

Un segundo ejemplo de confusión relacionado con la categorización de TEPT es la controversia en considerar el estrés traumático específico como opuesto al estrés no traumático.

La definición de TEPT en el DSM-III (Tercera Edición, de la Asociación Americana de Psiquiatría, 1980) resulta en un intento de delinear estrés traumático o catástrofe extrema. El estrés traumático ha sido intuitivamente asociado con sucesos tales como guerras, cautiverio, tortura, desastre y exterminación racial.

Los sucesos que no involucran estrés extremo pueden ser percibidos por algunos sobrevivientes como amenaza y como desafíos por otros. De todas maneras, no ha sido exitosamente distinguido los sucesos estresantes de los traumáticos.

Históricamente, el campo del estrés traumático ha evolucionado independientemente del imperio pre-existente del estrés y el afrontamiento. A pesar de los intentos para articular las vinculaciones teóricas entre "estrés" y "estrés traumático", las investigaciones han tenido muy poca interacción entre los dos campos. Por lo tanto, la conjunción entre estos dos es más bien problemática.



La teoría del estrés es uno de los paradigmas centrales de la psicología del siglo XX. Las investigaciones tempranas sobre el estrés han mostrado que la demanda excesiva sobre el organismo, tanto somático como psicológico, produce una secuencia típica de respuestas fisiológicas involucrando activación simpática, y activación del eje hipotalámico-hipofisiario adrenal. Estas respuestas intentan mantener los efectos del estresor sobre el organismo dentro de límites homeostáticos viables. Ellos actúan de "buffer" de los efectos sobre la demanda externa, tanto en el pico más alto (frecuentemente defendiendo las funciones vitales, como por ejemplo, la temperatura central, suplemento de oxígeno en el cerebro) a expensas de las funciones secundarias (digestión, temperatura periférica). La respuesta del estrés sigue a un modelo general de tres fases: respuesta aguda, fase de resistencia y recuperación o agotamiento.

Las investigaciones sobre estrés psicológico han enfatizado los efectos patogénicos sobre la controlabilidad y predictibilidad del estresor y la modulación de los efectos sobre el afrontamiento y la evaluación. Por analogía con el modelo fisiológico estático, la respuesta psicológica al estrés ha sido concebida como mecanismos regulatorios cuya meta es mantener la respuesta mental dentro de límites manejables.

La teoría central del estrés, por lo tanto, consiste en un modelo homeostático de autoconservación y ubicación de los recursos en respuesta a la adversidad. Tales respuestas frecuentemente ocurren bajo estrés o en la proximidad inmediata del estresor.

Las consecuencias de la exposición de mediano y de largo plazo, sin embargo, escapan a este modelo.

El clásico ejemplo de la respuesta corporal a una hemorragia masiva dentro del modelo de Selye (1956), focaliza sobre la respuesta de afrontamiento inmediato, la cual intenta adaptativamente reducir los efectos de tal pérdida de sangre sobre las funciones vitales del organismo. Esto no conduce a la curación de la herida que produjo la hemorragia, ni dice nada acerca del fallo renal eventual o del daño cerebral, el cual puede ser producto de un afrontamiento no exitoso con la hemorragia. Sin embargo, el estrés precisamente llega a ser traumático cuando ocurre el daño psicológico análogo a este tipo de daño físico. Esto es, daño de las hipotéticas barreras de estímulos (Freud 1929-1955), al "self" (Laufer, 1988), a los supuestos cognitivos de uno (Janoff-Bulman, 1985), a los afectos (Krystal, 1978), a los mecanismos neuronales que gobiernan la habituación y el aprendizaje (Kolb, 1987), a la red de memoria (Pitman, 1988), o a los pathway de aprendizaje emocional (LeDoux, Romanski & Xagoraris, 1989).

El "duelo traumático" de Lindenman (1944) y el "síndrome de respuesta de estrés" de Horowitz (1986) son frecuentemente citados como extensión de la teoría clásica del estrés. Sin embargo, estos modelos incluyen la recuperación o la fase de asimilación, la cual consiste en una lucha prolongada con los resultados de la exposición. Frecuentemente, los sobrevivientes experimentan discomfort, distrés, ansiedad y duelo durante este periodo. Confusamente, estas reacciones han sido vagamente referidas como "estrés" o "estrés crónico". Por ejemplo, Baum (1990) ha definido al estrés como "una experiencia emocional negativa, acompañada por cambios conductuales, fisiológicos y bioquímicos".

El estrés crónico no está limitado a las situaciones en las cuales los estrerores persisten por un largo periodo de tiempo, la respuesta puede habituarse antes de que desaparezca el estreror, o puede persistir más allá de la presencia física del estreror.

Teóricamente, sin embargo, el uso del término "estrés" tanto para las reacciones agudas y crónicas, es problemática.

Los recientes estudios neuroendócrinos han mostrado una reducción de los niveles de cortisol en TEPT, como opuesto a las elevaciones de cortisol durante la respuesta de estrés agudo. Por lo tanto, sostienen la distinción entre estrés agudo y estados prolongados de morbilidad post-traumática.

Las investigaciones del estrés y la literatura de estrés traumático difieren también en un número de dimensiones metodológicas. La mayor parte de las investigaciones sobre el estrés traumático han estado focalizadas en la evaluación de la relación entre el trauma y el trastorno subsecuente. Por lo tanto, evalúan la naturaleza traumatogénica del suceso más que su capacidad de estrésar.

Los nuevos instrumentos psicométricos tales como el IES de Horowitz, y la Escala de Mississippi para TEPT relacionado al combate de Keane, Caddell & Taylor (1988) han sido creados de modo de contribuir a estas consecuencias específicas del trauma. Estos instrumentos difieren considerablemente de aquellos usados por los investigadores de estrés.

La literatura de estrés es mayoritariamente experimental, usando diseños exploratorios y condiciones controladas. En contraste, la literatura de estrés traumático, es mayoritariamente naturalística, retrospectiva y observacional. Las investigaciones de estrés traumático tienden a usar mediciones de respuestas categóricas (principalmente miden el desarrollo del trastorno). La literatura de estrés, por otro lado, casi siempre mide respuestas no inherentes a la categoría, aunque puede pedir prestado mediciones de otras áreas (por ejemplo, estudiar las relaciones entre el estrés y el aumento de la mortalidad, los porcentajes de mortalidad de infarto de miocardio, y la mortalidad llega a ser una medida de la categoría). En las investigaciones de estrés, por lo tanto, se sienten más confortables con las medidas continuas, por ejemplo, presión arterial, medición de epinefrina urinaria, más que con los síndromes predefinidos.

Hobfoll (1988) ha sugerido una visión de puentes en la brecha entre el estrés y el estrés traumático, principalmente de los estrerores masivos que conducen cualitativamente a diferentes tipos de reacciones de estrés, en las cuales la preocupación primaria es conservar el recurso (juego mortal). Krystal sostiene un enfoque similar en 1978, quien dentro de la teoría psicoanalítica ha sugerido que el abandono psíquico y el freezing o "congelamiento de los afectos" (y la subsecuente pérdida de la modulación de afectos y la alexitimia) son la característica central de la respuesta "traumática" a la atrocidad extrema. Otro descriptor de la respuesta extrema a estrerores masivos son la "disociación" y la "desorganización". Metafóricamente, las dos posiciones opuestas aquí involucran homeostasis, adaptación y "normalidad", por un lado; y bifurcación, discontinuidad y psicopatología, por otro.

La creencia de que el TEPT es un trastorno de estrés y es en alguna forma una respuesta adaptativa a los cambios ambientales, sostiene fuertemente un lado de este argumento.

### *¿Es el TEPT un ardid bio-psico-social?*

El estrés extremo produce una variedad de consecuencias de largo plazo, tales como depresión, fobias, y dolor patológico. El TEPT, sin embargo, involucra una combinación única de hiperalerta, condicionamiento aprendido, proposiciones de sentido rotas, y evitación social.

Tal complejidad es mejor contabilizada por la ocurrencia de varios procesos patogénicos que incluyen:

1. Una permanente alteración del proceso neurobiológico, resultando en un hiperalerta y una discriminación de estímulos excesiva.
2. La adquisición de una respuesta de miedo condicionada a estímulos relacionados con el trauma.
3. Un esquema cognitivo alterado y una aprehensión social, resultado de una disonancia profunda entre la experiencia traumática y el conocimiento previo que uno tiene del mundo.

Esta combinación, que puede no existir en otros trastornos inducidos por estrés, hace del TEPT un "ardid bio-psico-social" en el cual, en un nivel de deterioro impide los mecanismos de curación autoregulatorios que ocurren en otros niveles. Por ejemplo, el deterioro neurofisiológico en la down regulación del alerta puede impedir la extinción espontánea de los condicionamientos aprendidos.

La evitación de las claves internas produce una reminiscencia del trauma (recuerdo traumático) que puede desmejorar el duelo efectivo. De modo similar, la desconfianza e inseguridad que puede resultar de la experiencia traumática puede impedir interacciones sociales de protección entre el sobreviviente y otros.

Las complejas causas del TEPT están ejemplificadas por una gran variedad de predictores, por lo tanto refleja la complejidad del trastorno.

### *Edad de los síntomas de TEPT*

Específicamente, la asunción de que el TEPT refleja una respuesta adaptativa normal a sucesos extraordinarios, puede ser re-evaluada a la luz de los recientes trabajos.

Los síntomas de TEPT parecen asemejarse a aquellos vistos en los sobrevivientes del trauma inmediatamente después del suceso. Pero luego de un tiempo, estos síntomas pueden no tener mayor representación de intentos reparativos. En cambio, pueden reflejar daños y cambios permanentes.

Recuerdos intrusivos y recurrentes del trauma pueden "envejecer" con el tiempo y llegar a representar una disfunción repetitiva obsesiva de la memoria ; la respuesta de miedo condicionado puede, de modo similar, llegar a producir una desensibilización indeleble e inaccesible.

La resistencia del TEPT para la mayor parte de las variedades de tratamiento parecería sugerir que el trastorno es, la mayor parte de las veces, inmutable y resistente al cambio.

La teoría también predice que las cicatrices neurobiológicas del trauma psíquico crean cambios irreversibles en la estructura del cerebro. Por lo tanto, los síntomas de TEPT pueden reflejar distintos procesos subyacentes en

diferentes estados del trastorno. Futuras investigaciones podrían focalizar sobre la forma en la cual la respuesta al estrés es indeleblemente transformada y llega a ser un trastorno incapacitante en forma permanente.



Este material ha sido traducido y sintetizado del libro Traumatic Stress. Bessel van der Kolk, Alexander McFarlane, Lars Weisaeth Editores.

*El Estrés Traumático. Los efectos de una experiencia abrumadora sobre la Mente, el Cuerpo y la Sociedad.*

Bessel van der Kolk, Alexander McFarlane, Lars Weisaeth Editores.

*Capítulo 9*

*La complejidad de las adaptaciones al trauma. Auto regulación, discriminación de estímulos y desarrollo caracterológico.*

---

Con el tiempo la necesidad de proximidad física hacia sus cuidadores primarios, para mantener el confort, disminuye. Y los niños comienzan a usar mucho más tiempo jugando con sus pares y con sus padres.

Los niños seguros aprenden cómo cuidarse a sí mismos efectivamente, mientras el medio es más o menos predecible. Simultáneamente, ellos aprenden cómo ayudarse cuando están distresados. En contraste, los niños que evitan, aprenden cómo organizar sus conductas efectivamente bajo condiciones ordinarias, pero se mantienen incapaces para comunicar o interpretar señales emocionales. En otras palabras, ellos saben cómo manejar la cognición, pero no el afecto.

Cole y Putnam (1992) han propuesto que el centro los conceptos que las personas tienen de sí mismos, están definidos sustancialmente por el grado de su capacidad para regular estados internos, y por su respuesta conductual a estrés extremos.

La falta de desarrollo o la pérdida de procesos auto-regulatorios en niños abusados, conduce a problemas con la autodefinición:

1. Perturbación del sentido de sí mismo tal como el sentido de separación, pérdida de los recuerdos autobiográficos y perturbación de la imagen corporal.
2. Pobre modulación de los afectos y del control impulsivo, incluyendo la agresión contra sí mismos y contra otros.
3. Inseguridad en las relaciones tales como desconfianza, sospechas, falta de intimidad y aislamiento.

Los niños abusados tienen problemas en el funcionamiento en los espacios sociales. Tienden a dirigir su atención a sí mismos o retirarse de las interacciones sociales. Por lo tanto, tienden a experimentar un espectro entre la rabia, la amenaza, la falta de temor, conductas de acting out, o sumisión, docilidad, temor, conductas incompetentes. Los problemas en articular la causa y los efectos hacen más difícil para ellos apreciar su propia contribución a sus problemas y a una serie de etapas de atribuciones paranoides.

### *Manifestaciones de ausencia de la autorregulación.*

La falta o pérdida de la autorregulación es posiblemente uno de los efectos de más largo alcance del trauma psicológico, tanto en niños como en adultos. En las pruebas de campo del DSM-IV para TEPT, claramente se demostró que cuanto menor es la edad en la cual ocurre el trauma, y mayor es su duración, es más probable que las personas lleguen a tener problemas a largo plazo con la regulación de la rabia, la ansiedad, y los impulsos sexuales. Pitman, Orr y Shalev (1993) han puntualizado que en el TEPT, el hiperalerta va más allá de un simple condicionamiento. El hecho de que los estímulos que precipitan en respuestas de emergencia no están suficientemente condicionados y que muchos disparadores no están directamente relacionados a la experiencia traumática, puede precipitar reacciones extremas, es simplemente el comienzo del problema.

La pérdida / falta de autorregulación puede ser expresada en diferentes formas: como una pérdida de la capacidad para focalizar sobre estímulos apropiados, como problemas atencionales, como una incapacidad para inhibir una acción cuando está estimulada (pérdida del control impulsivo), o como sentimientos incontrolables de rabia, odio o tristeza.

Los resultados del estudio de McFarlane, Weber y Clark (1993) sobre los potenciales relacionados con el suceso en las personas con TEPT ilustran estos diferentes efectos.

En el capítulo X, discutimos cómo las personas con TEPT tienen al menos dos niveles anormales de respuesta psicofisiológica a su medio:

- 1) respuestas condicionadas a recuerdos específicos del trauma, y
- 2) hiperalerta generalizado para estímulos intensos, pero neutrales intrínsecamente.

El primer nivel involucra un alerta fisiológico aumentado, a sonidos imágenes y pensamientos referidos a los incidentes traumáticos específicos. Una forma de medir si el tratamiento ha sido eficaz, es ver si las personas traumatizadas están fisiológicamente menos alerta cuando son re-expuestos a recuerdos del trauma.

Sin embargo, Shalev y Roger-Fuchs (1993) han mostrado que la desensibilización específica de las imágenes mentales relacionadas con el trauma, no afectan la sensibilidad fisiológica completa de las personas con TEPT. Ellos continúan teniendo dificultades para la evaluación de estímulos sensoriales, y para movilizar niveles excesivos de alerta fisiológico, para enfrentar las demandas comunes. La incapacidad de las personas con TEPT para integrar apropiadamente los recuerdos del trauma y su tendencia a quedarse atascado en "re-vivir" al trauma una y otra vez, son reflejadas fisiológicamente en la continua interpretación errónea de estímulos inocuos como potenciales amenazas.

Los problemas con la atención y la discriminación de los estímulos pueden dar una medida de la alta co-morbilidad entre TEPT y déficit de atención o trastornos de déficit de atención e hiperactividad (ADD y ADHD), en niños traumatizados tanto como en niñas abusadas sexualmente.

Los problemas con la discriminación de estímulos también pueden ayudar a explicar las observaciones recurrentes que cuando se está en alerta, las

personas traumatizadas tienden a perder la capacidad para utilizar su sentimiento como guía para evaluar la información disponible y tomar acciones apropiadas. En cambio, el alerta emocional los lleva a precipitar en reacciones de huida o de pelea. Por lo tanto, frecuentemente van respondiendo inmediatamente a los estímulos sin hacer lo necesario para una evaluación psicológica del sentido de lo que está ocurriendo.

Los pacientes traumatizados experimentan estresores corrientes, con la intensidad de la emoción que pertenece al pasado, y que tiene poco valor en el presente. No se dan cuenta de los antecedentes traumáticos y tienden a experimentar sus propias tormentas afectivas, tanto como las reacciones emocionales de otro, como re-traumatismo. Por lo tanto, el sentimiento que pertenece al trauma está continuamente re-experimentado en un nivel interpersonal. Por tanto estos pacientes llevan vidas traumatizadas y traumatizantes.

En un intento aparente de compensar su hiperalerta, las personas traumatizadas tienden a "desconectarse" en el nivel conductual. Hacen esto evitando estímulos reminiscentes del trauma. En un nivel psicobiológico, hacen esto a través de una anestesia emocional, la cual puede extender tanto a las experiencias relacionadas con el trauma como a la experiencia de todos los días. Por lo tanto, las personas con TEPT crónico tienden a sufrir de respuestas de anestesia al medio, la cual es una forma de obtener placer en los sucesos ordinarios. Esta anhedonia está puntualizada por una respuesta excesiva intermitente a los recuerdos traumáticos.

#### *Conductas autodestructivas como intento de autorregulación.*

Las personas traumatizadas emplean una variedad metodológica para reganar el control sobre sus problemas con la regulación afectiva. Frecuentemente estos esfuerzos son autodestructivos y bizarros.

Van desde un rango de la automutilación hasta las prácticas sexuales inusuales, y desde una parranda hasta el abuso de drogas y alcohol.

#### *Automutilación*

Las investigaciones han demostrado ampliamente que la automutilación es una reacción común al aislamiento social y al miedo, tanto en humanos como en primates no humanos. Por ejemplo, monos recius jóvenes aislados se entretenían automordiéndose, golpeándose la cabeza, sacudiéndola. Green (1978) encontró que el 41% de su muestra de niños abusados se entretenía golpeándose la cabeza, mordiéndose, quemándose y auto cortándose.

En un estudio de trastornos límite de la personalidad con antecedentes traumáticos, se encontró una relación altamente significativa entre abuso sexual de la infancia y varias formas de autolesión posterior en la vida, particularmente auto cortarse y dejar de comer.

Estudios clínicos consistentes reportaron historias de abuso sexual y físico en la infancia, o repetidas cirugías y automutilaciones.

Simpson y Porter (1981), concluyeron que "las actividades autodestructivas no fueron primariamente relacionadas con el conflicto, la culpa o la presión del SuperYo, sino más bien un patrón de conducta primitiva originada en el

encuentro doloroso con cuidadores hostiles en los primeros años de vida". La disociación es una concomitante frecuente de la auto injuria. Muchos de estos pacientes reportan sentimientos de anestesia y "muerte", previos a dañarse a sí mismos. Frecuentemente exclaman no experimentar dolor durante la auto injuria, y reportan un sentimiento de alivio posterior. Los episodios de automutilación frecuentemente siguen a sentimientos de desencuentro o abandono.

La experiencia de disociación en sí misma puede contener la urgencia de cortarse: el sentido subjetivo de muerte y desconexión de otros, lo cual originalmente puede ayudar a estos individuos a enfrentar el malestar extremo, es también una experiencia bastante disfórica. Muchas personas que habitualmente usan su tiempo en auto dañarse deliberadamente, reportan que la automutilación los hace sentir mejor y restaura la sensación de sentirse vivo. En un estudio no publicado, colaboré con ocho auto mutiladores y midieron su respuesta al dolor en el momento en que sentían la urgencia extrema de cortarse. Durante estas oportunidades, seis de los ocho sujetos no registraron dolor en respuesta a ningún estímulo doloroso que se le podía aplicar dentro de límites éticos. La inyección intravenosa de Naltrexone abolía la analgesia, pero los sujetos se quejaban que no proveía tanto alivio como cortarse o quemarse a sí mismo.

Estos estudios me sugieren que estos pacientes han desarrollado una respuesta analgésica condicionada al estresor ambiental, lo cual los hace anesthesiarse. El hecho que ellos fueran capaces de experimentar dolor físico después de una inyección de Naltrexone, sugería que esta analgesia y anestesia estaría mediatizada por opiáceos endógenos. Cortándose, de acuerdo a estos pacientes, sentían alivio y podían sentirse vivos. Yo no sé qué agente neuroquímico puede ser liberado en el momento de cortarse que puede proveer una suerte de alivio y ser el que reportan estos pacientes.

En un estudio de pacientes externos psiquiátricos con conductas autodestructivas, con antecedentes de conductas autodestructivas en la infancia, encontramos que la edad en la cual el abuso y/o el abandono se había producido jugaba un rol importante, tanto en la severidad de las conductas autodestructivas como en la forma que tomaban: cuanto más temprano es el abuso, mayor es la agresión auto dirigida.

El abuso durante la temprana infancia y la latencia está fuertemente correlacionado con intentos de suicidio, automutilación y otras formas de conducta auto injuriosas. En contraste, el abuso en la adolescencia está significativamente asociado a la anorexia nerviosa y al aumento de las situaciones de riesgo.

En este estudio prospectivo, seguimos a nuestros sujetos por un promedio de cuatro años, midiendo conductas autodestructivas continuas durante este periodo. Las historias de abuso sexual en particular, predicen intentos de suicidio continuos anunciados, automutilación y otros actos autodestructivos. La severidad del abandono predice intentos continuos de suicidio anunciados, automutilación y otras conductas autodestructivas.

Durante este periodo, los sujetos que tenían historia de mayor separación y abandono, fueron los que mostraron mayores conductas autodestructivas. Concluimos que el abuso en la infancia contribuye fuertemente a la iniciación de conductas autodestructivas, pero la falta de la seguridad en los vínculos lo mantiene. Aquellos sujetos que han sido mantenidos en separaciones



prolongadas de sus cuidadores primarios y los que no pueden recordar sentimientos especiales o de amor por alguien cuando niño, fueron los menos capaces de utilizar los recursos interpersonales para controlar sus propias conductas autodestructivas durante el curso del estudio. Los intentos de suicidio, auto cortarse, y otras conductas autodestructivas pueden servir como diferentes funciones en la regulación de los estados afectivos. Pueden tener intentos activos de asesinato, injuria o alucinaciones amenazantes; también pueden tener formas para manejar afectos insoportables alterando las condiciones interpersonales tanto como la homeostasis biológica.

#### *Trastornos de alimentación.*

La relación entre trastornos de alimentación y trauma de la infancia es bastante controvertida. Las historias de trauma de la infancia (en particular, el abuso sexual) en los estudios clínicos sobre poblaciones con trastornos de alimentación se muestran con un rango de porcentaje de 7% para Lacey (1990) a 69% para Folsom, Krahn, Canum, Gold y Silk (1989). En las muestras de población no clínica, los trastornos de alimentación no están consistentemente asociados con historias de trauma infantil. Sin embargo, en un gran estudio epidemiológico en población de escuela superior de Minnesota, Hernandez y Di Clemente (1992), encontraron que mujeres abusadas sexualmente tenían mayor riesgo de desarrollar trastornos de alimentación.

En nuestro estudio sobre trastornos límites de la personalidad (van der Kolk, 1991) encontramos que la bulimia nerviosa no estaba relacionada con abandono y abuso en la infancia, mientras que el abuso en adolescentes fue relacionado con anorexia nerviosa.

En los recientes estudios preliminares en mujeres con anorexia nerviosa, bulimia nerviosa o ambas condiciones, Herzog (1993) encontró que la severidad de abuso sexual en la infancia estaba correlacionado con duración y severidad de los trastornos de alimentación en los tres grupos.

Hay un paralelismo entre la relativamente alta frecuencia de disociación, automutilación y reglas familiares inconsistentes, reportados por los sujetos que padecen trastornos de alimentación con abuso sexual en la infancia; y paralelamente con fenómenos disociativos, conductas autodestructivas y patrón de cuidado parental comúnmente reportado entre los pacientes con trastornos límites de la personalidad. Sin embargo, la relación entre el abuso de la infancia y los trastornos de alimentación se mantiene sin definir.

Es posible que un medio que no sostenga tempranamente, en el cual las necesidades de los niños se mantienen desatendidas, puede tanto hacer vulnerables a los niños al abuso sexual, como abandonarlos a sus propios intentos por regular los estados afectivos disfóricos, lo cual puede llevarlos inclusive a patrones de alimentación anormal.

#### *Abuso de sustancia.*

Los estudios de poblaciones con abuso de sustancia reportan consistentemente historias de abuso y abandono en la infancia, en proporciones mucho más altas que las encontradas en la población general. En adultos traumatizados también han sido reportados altos porcentajes de abuso de alcohol y droga.

Khantzian (1985) ha propuesto que la teoría de la automedicación para el abuso de sustancias en la cual él sugiere que en el abuso de drogas, ellas son seleccionadas de acuerdo a sus efectos psicotrópicos específicos. Por ejemplo, la heroína tiene un poderoso efecto para disminuir los sentimientos de rabia y agresión, mientras que la cocaína tiene una significativa acción antidepresiva. El alcohol probablemente es la medicación más antigua para el tratamiento del estrés postraumático y bien puede ser una medicación efectiva de corto plazo para las perturbaciones de sueño, pesadillas y otros síntomas intrusivos de TEPT. Aunque el alcohol puede efectivamente disminuir la sintomatología de TEPT, dejar de tomar alcohol puede causar un efecto rebote, en el cual las personas otra vez experimentan pérdida de sueño, pesadillas y otras intrusiones traumáticas.

Es probable que el tratamiento de abuso de sustancias en individuos traumatizados pueda ser más efectivo si es vigorosamente dirigido durante el periodo de retirar la droga, el tema de los problemas postraumáticos recurrentes. Los grupos de autoayuda, tales como Alcohólicos Anónimos parecen haber incorporado el tema intuitivamente y con extraordinario insight parecen haber incorporado efectivos tratamientos postraumáticos en sus doce pasos.

### *Disociación*

Muchos niños traumatizados y adultos que fueron traumatizados cuando niños, han notado que cuando ellos están bajo condiciones de estrés pueden "desaparecer"; ésto es, que pueden mirar lo que está ocurriendo a cierta distancia, y tienen la sensación que lo que está ocurriendo, realmente no les ocurre a ellos sino a algún otro.

En el capítulo XIII, Van der Hart, Marmar y yo, discutimos el rol central de la disociación en la etiología y mantenimiento del TEPT. Recientes investigaciones han redescubierto los hallazgos de Janet: la disociación es un aspecto integral del TEPT.

Cuando las personas desarrollan una disociación entre la "observación de sí mismo" y la "experiencia de sí mismo", reportan tener sentimientos de dejar sus cuerpos y observar lo que les ocurre a cierta distancia.

Durante una experiencia traumática, la disociación permite a la persona observar lo que ocurre como un espectador, sin experimentar o solamente de un modo limitado, dolor o malestar, y de ese modo protegerse de darse cuenta de un impacto completo de lo que ha ocurrido.

Cuando los niños están repetidamente expuestos a estrés extremo, desarrollan lo que van der Hart ha llamado "disociación terciaria": elementos de la experiencia traumática pueden ser organizados por un estado separado de la mente, el cual puede solamente llegar a jugar cuando un elemento particular de la experiencia traumática es activado.

Formas muy complejas de tales disociaciones terciarias pueden encontrarse en DID (Trastornos de Identidad Disociativa, anteriormente llamados Trastornos de Personalidad Múltiple), lo cual también ha sido descrito como una forma compleja de TEPT, con orígenes en severas traumatizaciones en la infancia. La capacidad para disociar permite a muchos de estos pacientes, desarrollar un terreno de competencia que les hace posible ser bastante exitosos en algunas áreas de su vida; mientras que aspectos disociados de su self

contienen recuerdos relacionados al trauma que frecuentemente dejan trazos devastadores en la capacidad de negociar temas relacionados con la intimidad y la agresión.

La disociación puede ser una forma efectiva para continuar funcionando mientras el trauma está ocurriendo, pero si esto continúa siendo utilizado luego que el trauma agudo ha pasado, comienza a interferir con el funcionamiento cotidiano; mientras que proveer una separación protectora de la afectación abrumadora también resulta en una sensación subjetiva de muerte y un sentido de desconexión de los otros.

Los adultos que sufren de trastornos disociativos probablemente también son quienes padecen pesadillas y flashbacks, tienen problemas psicosomáticos, intentos de suicidio y suelen tener conductas de automutilación y abuso de sustancias.

Cuando Saxe y colaboradores (1993-1994) administró el DES (Dissociative Experience Scales, de Bernstein & Putnam, 1986), a 111 admisiones de hospital, encontraron que el 15% tenía un puntaje muy alto. Todos estos pacientes reportaron historias de abuso sexual. El 86% había tenido historias de abuso físico, el 79% reportó haber sido testigo de violencia doméstica; y en un grupo de puntaje alto, en el 100% se encontró criterio diagnóstico de TEPT, 71% trastornos límites de personalidad y 64% trastornos de somatización. Otros estudios de pacientes con alto puntaje de DES, encontraron altas correlaciones con pérdida familiar en la infancia, tanto como abuso sexual intrafamiliar y extra familiar.

Desafortunadamente, casi ninguno de estos pacientes había sido diagnosticado como trastorno disociativo o TEPT. Recientes investigaciones dan mayor sustento a la noción de que hacer el diagnóstico apropiado en estos pacientes traumatizados crónicos tiene un efecto benéfico sobre el pronóstico a largo plazo. Conteniendo aspectos de la experiencia traumática, un estado del Yo separado, puede ser comprendido como una exageración y fijación de los procesos de desarrollo normal.

Los niños de edad escolar están en un nivel de desarrollo donde han aprendido la constancia objetal. Es una etapa del desarrollo en la cual ellos saben que las cosas no necesariamente son lo que parecen. En esta edad, los niños tienen el placer de intentar diferentes roles; pasan un sinnúmero de horas intentando darse cuenta cómo se siente tomando diferentes identidades (por ejemplo, tomar roles diferentes de distintos personajes de la televisión, o jugando a los cowboys e indios). Cuando los niños viven bajo condiciones de estrés extraordinario, algunas veces pueden utilizar esta capacidad para desaparecer en identidades de diferentes caracteres para escapar a su destino. Sin embargo, los niños más pequeños habitualmente sólo llegan a utilizar identidades alternativas para escapar a situaciones insoportables cuando sus cuidadores no son capaces o no están en condiciones de hacer lo que los cuidadores habitualmente hacen para ayudar a los niños a cambiar sus estados internos de agitación y disforia, calmándolos y conteniéndolos (acariciándolos, meciéndolos, verbalización y cantándoles).

Esto no solamente ocurre en el contexto de la violencia intrafamiliar y el abandono, sino también cuando los niños deben estar sometidos a procedimientos médicos o quirúrgicos repetidos.

*Alexitimia y somatización: pérdida de palabras y símbolos para comunicarse con uno mismo y otros.*

Henry Krystal (1978) fue el primero en sugerir que el trauma resulta en una "de-diferenciación de los afectos", que es una pérdida de la capacidad para identificar las emociones específicas que sirven como guía para tomar acciones apropiadas. Notó que esta incapacidad para crear constructos semánticos para identificar estados corporales, está relacionado al desarrollo de reacciones psicosomáticas y de agresión contra uno mismo y otros.

En nuestro reciente estudio de tomografía por emisión de positrones, en personas con TEPT, mostró que cuando las personas con TEPT estaban expuestas a estímulos reminiscentes de su trauma, hay un aumento de la perfusión en las áreas del hemisferio derecho asociados con los estados emocionales y el alerta autonómico. Sin embargo, hay una simultánea disminución de la utilización de oxígeno en el área de Broca -la región en el cortex frontal inferior izquierdo- responsable de la generación de las palabras vinculadas a experiencia interna.

Estos hallazgos pueden contabilizarse con la observación que el trauma puede conducir al "terror sin habla", el cual en algunos individuos interfiere con la capacidad para poner los sentimientos en palabras, dejando a las emociones expresarse en forma muda por la disfunción del cuerpo.

Estudios recientes (Harber y Pennebaker, 1992) han documentado que la verbalización de la experiencia traumática disminuye los síntomas psicosomáticos.

Los problemas en el desarrollo de la utilización de palabras y de símbolos para identificar los sentimientos pueden comenzar muy tempranamente. Cicchetti y colegas, han mostrado que los caminadores maltratados usan menos palabras para describir cómo se sienten, y tienen más problemas con la atribución de la causalidad, que aquellos niños sí seguros, de la misma edad.

Los niños seguros usan mucho más tiempo para describir estados fisiológicos, tales como hambre, sed y estados de conciencia; y hablan más frecuentemente acerca de emociones negativas tales como odio, disgusto y rabia. No sabiendo cómo y qué sienten, pueden contribuir a un desmejoramiento del control impulsivo visto en niños abusados. Tienen problemas para poner sentimientos en palabras, y formular estrategias de respuestas flexibles, y pueden hacer que la gente probablemente actúe sobre sus sentimientos.

Anticipando nuestros recientes hallazgos en el estudio de tomografía por emisión de positrones, Cicchetti y White (1990) hipotetizaron que "las dificultades especiales que los caminadores abusados tienen en expresar sentimientos en palabras, puede no ser simplemente reflejo de una intimidación psicológica sino más bien, una manifestación de un cambio neurofisiológico y neuroanatómico secundario a un trato abusivo y abandonico".

Las personas se han dado cuenta de la estrecha asociación entre trauma y somatización, desde los albores de la Psiquiatría contemporánea. Cuando Briquet (1859) publicó su primera investigación empírica sobre la histeria, concluyó que la histeria parecía estar asociada con tener una historia de exposición a estrés extremo. La descripción de Briquet sobre la histeria forma las bases del diagnóstico presente hoy de trastornos de somatización.



La amnesia es uno de los criterios para el trastorno de somatización. Muchos estudios describen historias de abuso físico y/o sexual en la infancia, en conjunción con procesos disociativos en pacientes con trastornos somáticos. En uno de los estudios conducidos en conjunto con el campo de pruebas del DSM-IV para trastornos de somatización, más de 90% de las mujeres con trastornos de somatización reportaron algún tipo de abuso, y el 80% reportó haber sido abusada sexualmente como niña o adulto. Somatización, disociación y abuso están significativamente asociados: el número total de síntomas de somatización fue directamente proporcional al puntaje del DES. Tanto en el campo de pruebas del DSM-IV para TEPT y nuestro estudio de pacientes con trastornos disociativos, hemos llegado a la sorprendente conclusión que la somatización raramente ocurre en ausencia de severas historias de trauma. En nuestros estudios, 64% de los pacientes con trastornos disociativos encuentra criterios de trastorno de somatización. Los problemas causados por la seguridad en la acción en vez de la representación simbólica son también comunes en adolescentes traumatizados: en el campo de pruebas del DSM-IV para TEPT, los adolescentes abusados estaban tan afuera de ser tocados por sus sentimientos que ellos negaban que su abuso hubiera tenido algún impacto sobre sus vidas. Sin embargo, una alta proporción está involucrada en relaciones abusivas con pares y estaban enganchados en conductas de alto riesgo y uso de drogas. Muchas de las chicas habían llegado a estar embarazadas a edad temprana. Quizás estas son algunas de las conductas que cayeron dentro de lo que Freud una vez llamó "compulsión a la repetición". Freud (1920, 1955) puntualizó que las personas que no recordaban sucesos emocionales altamente cargados, tenían el riesgo de repetir aquellas experiencias no integradas, tanto en la relación terapéutica como en su vida corriente. Pensaba que cuando el recuerdo es reprimido, un paciente "está obligado a repetir material reprimido como una experiencia contemporánea en vez de recordarlo como algo perteneciente al pasado". Estos pacientes propensos a la acción y deficientes en palabras, frecuentemente pueden expresar sus estados internos más articuladamente en movimientos físicos o en imágenes que en palabras. Utilizando dibujos y psicodrama puede ayudárseles a desarrollar un lenguaje más esencial para una comunicación efectiva y para una transformación simbólica que puede ocurrir en la psicoterapia. La psicoterapia de grupo también puede ser efectiva en proveerles tanto una "interacción" y pedir prestadas palabras para expresar estados emocionales.

#### *Trauma y desarrollo del carácter.*

La culminación de una disociación crónica, problemas físicos para los cuales no hay causa médica identificable, y falta de un adecuado proceso autor regulatorio, probablemente tenga un profundo efecto sobre el desarrollo de la personalidad. Esto puede incluir perturbación del sentido de uno mismo, tal como el sentido de separación y perturbación de la imagen corporal; una visión de uno mismo como abandonado, dañado e inefectivo; y dificultades con la confianza, la intimidad y la autoafirmación.

Naturalmente, estos procesos tienen diferentes impactos en diferentes etapas del desarrollo de la personalidad. El sostén social es un factor importante en determinar cómo la personalidad está formada por los problemas de regulación

del afecto. Por ejemplo, nosotros encontramos que la mayor parte de los sujetos que fueron diagnosticados como padeciendo TLP, fueron primero traumatizados antes de los siete años de edad, dentro de sus propias familias, y también sufrieron un sustancial grado de abandono.

#### *La internalización del trauma.*

En un nivel cognitivo, la experiencia de la vida de las personas forma el supuesto que determina las percepciones que seleccionan la atención día a día. Estos esquemas sirven como mapas para subsecuentes acciones y expectativas.

Los esquemas internos basados en el trauma vienen a ocupar un lugar en el modo de verse a sí mismas de las personas traumatizadas, y en su forma de ver el mundo. Frecuentemente, los esquemas paralelos coexisten, y éstos son activados de una manera dependiente del estado: altos niveles de competencia y sensibilidad interpersonal suelen existir lado a lado con el odio contra sí mismo, la falta de cuidado personal y crueldad interpersonal. Muchas personas que fueron traumatizadas en sus propias familias tienen grandes dificultades para cuidar sus propias necesidades básicas de higiene, descanso y protección, aún cuando ellos responden exquisitamente a las necesidades de otros.

#### *Desmejoramiento de la confianza básica.*

El trauma a cualquier edad, pero particularmente cuando es infligido por los cuidadores, generalmente tiene profundos efectos sobre la capacidad para confiar.

Después de sucesos traumáticos, las percepciones de las relaciones tienden a estar filtradas a través de esas experiencias.

#### *Falta de sentido de responsabilidad.*

Un tema crítico relacionado a la fijación en el nivel del desarrollo del trauma, es la falta de capacidad para atribuir una responsabilidad apropiada. Niños pequeños, por virtud de su nivel cognitivo de desarrollo, atribuyen todo lo que ocurre a sus propias acciones y a su propio pensamiento mágico. Sin embargo, la culpa sobre sí mismo relacionada al trauma, la culpa, la vergüenza, no está confinada a los niños traumatizados. Aquellos sentimientos también son encontrados en personas más maduras y pueden reflejar una pérdida general del locus de control interno.

#### *Efectos negativos sobre la identidad.*

Las personas traumatizadas frecuentemente fracasan en el mantenimiento del sentido personal de significación, competencia y valor propio. Si ellos han sido víctimas de abusos interpersonales, frecuentemente se identifican con el agresor y expresan odio hacia la gente que les recuerda su propio abandono. Identificándose con el agresor parecen ayudarse a resolver su ansiedad.

Muchos de estos pacientes han aprendido a conducirse de un modo competente y responsable tempranamente en la vida y continúan actuando de ese modo como adultos.

#### *Impacto sobre el juego y las relaciones con otros.*

Una de las tareas principales de la infancia es aprender a negociar colaborativamente en las relaciones con otros seres humanos.

Muchos estudios de niños traumatizados han establecido que frecuentemente tienen serios problemas en su capacidad de juego.

Después de la exposición al trauma, los niños tienden a ser excesivamente tímidos y a retirarse o a ser completamente revoltosos y peleadores con otros niños. Su incapacidad para regular su alerta, para articular sus propios sentimientos en palabras o para atender apropiadamente los estímulos, los lleva fácilmente a estar disparados en experimentación de sentimientos y sensaciones relacionados al trauma, haciéndoles difícil sintonizar con su medio.

Las funciones del juego en la infancia son permitirles a los niños intentar jugar roles diferentes y respuestas diferentes; aprender a apreciar cómo otros experimentan el mundo y ganar maestría sobre sentimientos, personas y situaciones que producen terror. Cuando el juego está restringido, la capacidad para integrar lo positivo y lo negativo está abortada: lo bueno y lo malo, el poder y la indefensión, el afecto y la rabia continúan siendo experimentados como estados del Yo separados. Esto promueve la probabilidad de continuar la característica forma de afrontar el miedo, disociando, por lo tanto, desautorizando conscientemente y no generar un sentido "propio" personal de la realidad de la situación.

Finalmente, el resultado es que muchos niños traumatizados pierden la etapa de desarrollo crítico en la cual el tema de la competencia, la intimidad y el juego son negociados. Sin estas habilidades, la vida de los adultos tiende a ser yerma y falta de sentido.

Uno de nuestros estudios (van der Kolk, 1991) indicó que la capacidad para tener situaciones de confort en presencia de otros seres humanos era eventualmente el predictor más poderoso que la historia del trauma en sí mismo. Mientras que los pacientes mejoraban, eran capaces de abandonar actividades autodestructivas crónicas.

#### *Excesiva sensibilidad interpersonal.*

Después de la exposición al abuso interpersonal, las personas aprenden a mirar a sus compañeros humanos como halcones. Muchas personas que fueron traumatizadas por sus propios cuidadores, desarrollaron una misteriosa capacidad para leer la necesidad y sentimiento de las personas que puedan tener algún poder sobre ellos. Esto bien puede alternar con episodios de fracaso extraordinario para comprender los motivos de otras personas. La temprana exposición a padres abusivos y no predecibles hace que muchos niños se den cuenta exquisitamente de las necesidades de otras personas; una capacidad que ellos pueden subsecuentemente utilizar para auto protegerse. Desafortunadamente, en tal sensibilidad interpersonal exquisita, frecuentemente falta un sentimiento de satisfacción personal; es una simple

replicación de la habilidad para sobrevivir, adquirida en la infancia y no está acompañada por un sentido de confianza, pertenencia e intimidad.

#### *La compulsión a repetir el trauma.*

Freud (1896, 1962) pensaba que la meta de toda repetición es ganar maestría, pero la experiencia clínica muestra que esto raramente ocurre. En cambio, la repetición causa mayor sufrimiento para las víctimas o para otras personas que la rodean.

Numerosos estudios de violencia familiar han encontrado una directa relación entre la severidad del abuso en la infancia y posteriores tendencias a victimizar a otro.

#### *Victimización a otros*

La reactualización de la propia victimización de uno parece ser la mayor causa del ciclo de violencia. Numerosos estudios han mostrado que los criminales frecuentemente tienen historias de abuso sexual y/o físico. En un estudio prospectivo de 34 niños abusados sexualmente, Burgess encontró que muchos que comenzaban a hacer abuso de drogas, tenían conductas de delincuencia juvenil, y conductas criminales a los pocos años de haber comenzado su abuso. Lewis y colaboradores (1988, 1989) han estudiado extensamente la asociación entre abuso en la infancia y subsecuente victimización de otros. Como un ejemplo, encontraron en un estudio que de 14 jóvenes condenados a muerte por homicidio en Estados Unidos en 1987, 12 de ellos habían sido abusados físicamente de un modo brutal, y 5 habían sido sodomizados por familiares.

#### *Re-victimización.*

Una vez que las personas que han sido traumatizadas, son vulnerables a ser victimizados en futuras ocasiones.

Las víctimas de violación son más probables de ser violadas otra vez, y las mujeres que fueron abusadas física o sexualmente como niñas son más probables de ser abusadas como adultas.

Las víctimas de abuso sexual en la niñez tienen alto riesgo de llegar a ser prostitutas.

Diane Russell, en un cuidadoso estudio sobre los efectos del incesto en la vida de las mujeres, encontró que pocas mujeres habían hecho consciente la conexión entre su victimización de la infancia y su abuso de droga, prostitución o intento de suicidio.

Mientras que el 38% de la muestra de mujeres reportó incidentes de violación o intentos de violación después de los 14 años de edad, lo hicieron con el 68% aquellas que tenían historias de incesto en la infancia. El doble de las mujeres con historia de incesto de las que no tenían dicha historia, reportaron violencia física en sus matrimonios (27%), y más del doble (53%) reportaron avances sexuales no queridos por figuras de autoridad, tales como maestros, clérigos, o terapeutas. Y víctimas de incesto padre-hija fue cuatro veces más probable de que se les pidiera posar para pornografía que lo que reportaron no víctimas.



### *Vínculo intenso en la fase de peligro.*

Escritores y psiquiatras han notado que personas que son brutalizadas a veces forman un vínculo muy estrecho a sus atormentadores. Ejemplos bien conocidos en los Estados Unidos incluyen Patricia Hearst y Hedda Nussbaum. Es bien conocido entre las personas en general que los niños en particular piden más protección cuando ellos están atemorizados.

La mayor parte de las culturas tienen rituales designados para proveer mayor cuidado cuando los miembros de esas culturas han sido traumatizados.

Cuando nadie está disponible, las personas pueden volverse hacia la fuente de su miedo o confort: tanto adultos como niños tienden a desarrollar una fuerte atadura emocional con las personas que intermitentemente los acosan, los golpean y amenazan. Este fenómeno fue inicialmente descrito como "síndrome Estocolmo". Rehenes a los que sus captores les han puesto fianza y expresaron sus deseos de casarse o tener relaciones sexuales con ellos; niños abusados frecuentemente se pegan a sus padres y se resisten a ser removidos de su hogar; esposas golpeadas pueden formar intensos vínculos con sus atormentadores.

Componentes centrales de esta intensa vinculación es en respuesta a que la amenaza incluye cautiverio, falta de permeabilidad y ausencia de un sostén exterior.

En las personas que fueron abusadas como niños (muchos aprendieron a culparse a sí mismos por la temprana violencia que los rodeaba) es particularmente probable que lleguen a tener partenaires en relaciones abusivas, como se sugirió antes. Con su tendencia a modelar las relaciones en términos de poder y dominancia, estos pacientes tienden a requerir un control total sobre la relación, o aceptar una posición de sumisión para operar bajo el supuesto que el amor, la dedicación y la conducta ejemplar les permitirán evitar repetir el pasado.

Cuando los inevitables desacuerdos en las luchas de poder son parte de la relación, no pueden ser manejados si no es con un total control o una perfecta sumisión. Las personas con historias de abusos tienden a ser incapaces de articular sus deseos, y fracasan en comprender el punto de vista de la otra persona; son incapaces para comprometerse.

Habiendo tenido poca experiencia en resoluciones no violentas de las diferencias, las parejas en tales relaciones frecuentemente alternan entre una expectativa de conducta perfecta que conduzca a una armonía perfecta, y un estado de abandono en el cual toda la comunicación verbal parece ser fútil.

Para volver a los primeros mecanismos de afrontamiento, tales como la auto culpa, la anestesia (lo que significa el retiro emocional o el abuso de sustancias), la violencia física, y una serie de etapas de repetición del trauma de la infancia y el "retorno de lo reprimido". (Ainsworth, 1967; Freud, 1939/1964; Frieze, 1983)

### *El trauma y el desarrollo de los trastornos límite de la personalidad*

A mediados de los años '80, Judith Herman y yo comenzamos una colaboración con Christopher Perry, para estudiar la relación entre trauma de la infancia y el desarrollo de TLP. Sobre la base de nuestro trabajo con víctimas

de incesto y con veteranos de Vietnam, propusimos (Herman y van der Kolk, 1987) que el trauma especialmente prolongado, producido por las personas de las que uno depende por crianza y seguridad, modelará significativamente las formas de organización, los esquemas internos y la forma de afrontar la realidad externa.

Teorizamos que las características de disociación (splitting) del self y de otros en partes "todo bueno" y "todo malo", representa un impedimento del desarrollo - una fragmentación continua del self y una fijación a modos tempranos de organización de la experiencia.

Nosotros proponemos que la automutilación, la cual es frecuentemente experimentada por los terapeutas como un mecanismo masoquista o como un gesto de manipulación, puede de hecho ser una forma de regular el equilibrio psicológico-biológico cuando la forma ordinaria de autorregulación ha sido perturbada por un trauma temprano (Herman y van der Kolk, 1987).

En este marco, los episodios psicóticos en pacientes TLP pueden ser entendidos mucho más como los flashbacks vistos en los veteranos de Vietnam: los recuerdos intrusivos de recuerdos traumáticos que no fueron integrados en una narrativa personal, y en cambio, fueron depositados en un nivel somatosensorial. Esta idea introdujo el tema de la disociación a nuestro trabajo. Las subsecuentes investigaciones en trastornos límites de la personalidad han encontrado que la disociación puede estar altamente correlacionada tanto con el grado de psicopatología de los trastornos límites de la personalidad y con la severidad del trauma de la infancia.

Nuestro estudio (Herman y van der Kolk, 1987) mostró que muchos pacientes psiquiátricos tenían historia de trauma, pero que los pacientes con trastorno de TLP se destacaban por tener las historias de abuso más severas: más de la mitad de los pacientes tenían historias de severos abusos sexuales y físicos, que habían comenzado antes de los seis años de edad. El trauma, en pacientes con otros diagnósticos, habitualmente comienza más tarde, más cercano a la pubertad. De nuestros sujetos, en los que hemos encontrado trastornos límites de personalidad (TLP), un 13% no reportó historias de traumas en la infancia; la mitad de este 13% estaba amnésico para la mayor parte de su infancia, haciendo sus reportes no confiables. Sin embargo, una pequeña porción de nuestros pacientes con TLP parecían realmente no tener historia de trauma. Aquellos sujetos tendían a reportar haber sido tímidos y temerosos como niños. Nuestra explicación era que los pacientes con TLP es una función de haber sido crónicamente aterrorizados durante las tempranas edades de desarrollo.

Para los niños que están siendo abusados, para aquellos que son patológicamente tímidos, para aquellos que tienen una enfermedad crónica o para aquellos que experimentan frecuentes separaciones, el mundo puede ser un lugar terrorífico. Los niños exquisitamente sensibles pueden interpretar las experiencias de crecimiento normal como terroríficas. Sin embargo, nuestro estudio sugirió que la timidez y la vulnerabilidad biológica no son factores predominantes que llevan a las personas a desarrollar trastornos de TLP. Probablemente la clave es la superimposición del terror en la infancia bajo situaciones de adultos.

### *Complejo del trauma y el DSM-IV.*

Enterado de mucha de la literatura de investigación citada en este capítulo, el comité encargado de definir el TEPT para el DSM-IV de la Asociación Americana de Psiquiatría en 1994, hizo un intento de incorporar algunos de estos hallazgos en una definición más comprensiva del TEPT.

El comité refinó varios síntomas centrales, más allá de la vasta literatura de investigación, como criterio tentativo para "Trastornos de Estrés Extremo No Especificado de Otro Modo" (DESNOS). Una cantidad de estos síntomas fueron agrupados en cinco categorías principales. Estas categorías principales están en la Tabla.

Las pruebas de campo del DSM-IV encontraron que las personas que habían sido traumatizadas a temprana edad, tendían a tener problemas en todas estas categorías. Estas aparentemente disparaban problemas que tendían a ocurrir juntos en los mismos individuos.

Los traumas afectaban un rango completo de funciones psicológicas centrales : regulación de sentimientos, pensar claramente acerca de lo que ha ocurrido en el pasado y estaba ocurriendo corrientemente, formas en las cuales los sentimientos son expresados por el cuerpo, y la forma de verse a sí mismo, a las personas extrañas y familiares. Las víctimas de mayor edad y las de duración más corta del trauma, fueron las que más probablemente desarrollaron solamente los síntomas centrales de TEPT; las de mayor duración del trauma y las de menor protección, fueron las de daño más penetrante.

El campo de pruebas confirmó que el trauma tiene impacto más profundo durante la primera década de la vida y que sus efectos llegan a ser menos penetrantes en individuos más maduros: las experiencias abrumadoras claramente tienen un impacto diferente sobre las personas en diferentes etapas del desarrollo. Traumas interpersonales tempranos y prolongados, no tuvieron cambios de carácter inespecíficos, pero sí problemas psicológicos capturados en el síndrome del DESNOS.

El DESNOS fue eventualmente incorporado en el DSM-IV bajo la sección "trastornos y características salientes asociadas" (APA, 1994).

El ICD-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992) creó una categoría separada para acomodar los cambios de personalidad duraderos después de las experiencias catastróficas, los cuales incluyen:

1. desconfianza y hostilidad permanente
2. aislamiento social
3. sentimientos de vacío y desesperanza
4. dependencia intensa y problemas con la moderación de la agresión
5. hipervigilancia e irritabilidad
6. sentimientos de alienación

La tabla: Trastornos de Estrés Extremo No Especificado de Otro Modo  
DESNOS criterio propuesto:

A. Alteraciones en la regulación del alerta afectivo.

1. desregulación afectiva crónica
2. dificultades en la moderación de la rabia
3. conductas autodestructivas y suicidas
4. dificultades en la moderación de la involucración sexual
5. impulso y conductas de riesgo

B. Alteraciones en la atención y la conciencia.

1. amnesia
2. disociación

C. Somatización.

D. Cambios caracterológicos crónicos.

1. alternación en la auto percepción: culpa y vergüenza crónica, sentimientos de auto culpabilidad, de ineffecticia y de estar permanentemente dañado
2. alteraciones en la percepción del perpetrador: adoptar creencias distorsionadas e idealización del perpetrador
3. alteraciones en la relación con otros:
  - a. incapacidad para confiar o para mantener relaciones con otros
  - b. una tendencia a ser re victimizado
  - c. una tendencia a victimizar a otros

E. Alteración en los sistemas de significación

1. desesperación y desesperanza
2. pérdida de las creencias sostenidas previamente.

*Implicancias del tratamiento.*

Si uno entiende el rol del trauma en la psicopatología de los pacientes clasificados dentro del DESNOS, mucha de su sintomatología puede ser explicada como manifestación de la adaptación a las experiencias traumáticas apropiadas al nivel de desarrollo en la cual el trauma se ha producido. Niños pequeños, como en los pacientes con TLP está comprometido el pensamiento preoperacional. La característica de la defensa de disociación (splitting) de los TLP puede ser entendida como la persistencia del pensamiento preoperacional en el cual el mismo objeto no puede tener diferentes cualidades al mismo tiempo. Por lo tanto, bajo estrés, estos pacientes se repliegan a la etapa de desarrollo cognitivo en el cual los niños todavía son incapaces de ambivalencia (van der Kolk, Hostetler, Herron & Fisler). Las historias de trauma real en la vida de estos pacientes puede ayudar a comprender a los clínicos que su perturbación en las relaciones interpersonales están basadas sobre la repetición de experiencias tempranas reales: falta de modulación afectiva, disminución de la capacidad para la verdad (la culpa como opuesta a la rabia), depresión, pobre integración del SuperYo, falta de la tolerancia a la ansiedad, pobre control impulsivo y canales sublimatorios pobremente desarrollados.



Si es verdad que los pacientes traumatizados tienden a quedar fijados en el nivel cognitivo y emocional en el cual fueron traumatizados como fue observado por Janet, Kardiner y muchos de los subsecuentes estudiantes del trauma, tenderán a usar el mismo sentido para resolver situaciones de estrés contemporáneo que las que usaron en la etapa de desarrollo en el cual el primer trauma ocurrió. Esta comprensión debería ayudar al tratamiento efectivo de las personas con historias de traumas severos y complejos.

Un vínculo seguro parece ser la forma primaria en la cual los niños aprenden a regular los cambios de estado interno. La negociación de la seguridad interpersonal necesita ser el primer foco del tratamiento. Los profesionales de salud mental que trabajan con pacientes traumatizados, llegan a estar demasiado familiarizados con la compulsión de los pacientes a repetir el trauma en la relación terapéutica, y la capacidad para atraer la ayuda del terapeuta para recrear el contexto en el cual el trauma ocurrió como si fuera su familia de origen o alguna otra situación traumática. Entonces, los terapeutas llegan a ser frecuentemente como rescatadores, víctimas o victimarios.

Uno de los misterios de la mente es que mientras el trauma es experimentado en forma de un terror sin habla, el cuerpo continúa reaccionando a estímulos condicionados que lo retorna al trauma sin la capacidad de definir un curso de acción alternativo. Sin embargo, cuando los disparadores son identificados, el individuo gana la capacidad para vincular palabras a las experiencias somáticas. Estas experiencias parecen hacer perder algo de ese terror. Por lo tanto, la tarea del terapeuta es tanto crear la capacidad para ser cuidadoso en la experiencia corriente y crear las representaciones simbólicas de las experiencias traumáticas pasadas con la meta de domesticar el terror asociado y des-somatizar los recuerdos.

## Reacciones Comunes frente al Trauma

Una experiencia traumática es un shock emocional y puede causar muchos problemas de esa índole. Esta sección describe algunas de las reacciones comunes de la gente frente al trauma. Ya que todos responden en forma diferente a los hechos traumáticos, quizás usted tenga algunas de estas reacciones más que otras, y algunas ni siquiera las tenga.

Recuerde que muchos cambios son normales después de un trauma. De hecho, muchas personas que experimentan directamente un trauma mayor tienen graves reacciones en lo inmediato. Muchas mejoran dentro de los 3 meses posteriores al hecho, pero otros se recuperan lentamente, y algunos no logran hacerlo sin ayuda. El primer paso hacia la recuperación es tener más conciencia de los cambios que ha experimentado desde el trauma.

A continuación se describen los problemas más comunes después del trauma:

1- **Miedo y ansiedad.** La ansiedad es una respuesta normal y común a una situación peligrosa. A mucha gente le dura largo tiempo después de pasado el trauma. Esto ocurre cuando nuestra visión del mundo y nuestra sensación de seguridad han cambiado y se han vuelto más negativas. Quizás se sienta ansioso cuando recuerde el trauma. Pero a veces la ansiedad parece venir de la nada. Los disparadores y rastros que causan ansiedad pueden incluir lugares, horas del día, ciertos olores o ruidos o cualquier situación que le recuerde el trauma. En cuanto empiece a prestar más atención a los momentos en que se siente temeroso, podrá descubrir los disparadores de su ansiedad. De este modo, se dará cuenta de que algo de la ansiedad sorpresiva es provocado por cosas que le recuerdan el trauma.

2- **Reexperimentar el trauma.** La gente traumatizada a menudo reexperimenta el hecho traumático. Por ejemplo, puede albergar pensamientos indeseados del trauma y encontrarse incapaz de deshacerse de ellos. Algunas personas experimentan **flashbacks** o imágenes muy vívidas, como si el trauma estuviera sucediendo otra vez. Las **pesadillas** también son comunes. Estos síntomas ocurren porque una experiencia traumática es tan espantosa y tan diferente de las experiencias cotidianas que no encaja con lo que uno sabe del mundo. Entonces, para entender lo que pasó, su mente sigue evocando el recuerdo, como para digerirlo mejor y encontrarle ubicación.

3- **La hiperactivación** también es una respuesta común frente al trauma. Incluye sentirse nervioso y tembloroso, sobresaltarse fácilmente y con problemas para concentrarse o dormir. La activación continua puede llevar a la **impaciencia e irritabilidad**, especialmente si no duerme bastante. Las reacciones de activación se deben a la respuesta de pelea o huida en su cuerpo. Ésta es la manera en que nos protegemos del peligro y ocurre del mismo modo en los animales. Cuando nos protegemos de un peligro peleando o huyendo, necesitamos más energía de la usual y entonces nuestro cuerpo bombea más adrenalina para ayudarnos a obtener la energía extra que necesitamos para sobrevivir.

Muchas veces, la gente traumatizada ve el mundo lleno de peligros, entonces sus cuerpos están en alerta constante, siempre listos a responder frente a cualquier ataque. El problema es que la hiperactivación es útil en las situaciones verdaderamente peligrosas, tales como la de enfrentar a un tigre. Pero el estado de alerta se vuelve muy incómodo cuando se mantiene por largo tiempo, incluso en situaciones seguras. Otra reacción frente al peligro es **congelarse**, como el ciervo frente a los faros y esta reacción también puede ocurrir durante un trauma.

4- La **evitación** es una manera muy común de manejar el dolor relativo al trauma. La más común es evitar situaciones que se lo recuerdan, tales como el lugar donde sucedió. A menudo, otras situaciones menos directamente relacionadas con el trauma también se evitan, por ejemplo, salir de noche si el trauma ocurrió a esa hora. Otra manera de reducir la incomodidad es tratar de alejar los pensamientos y sentimientos dolorosos. Esto puede conducir a una **insensibilidad** que le hace difícil tener sentimientos de temor y también de placer o amor. Algunas veces los pensamientos o sentimientos penosos pueden ser tan intensos que su mente los bloquea del todo y quizás no recuerde partes del trauma.

5- Mucha gente traumatizada se siente **enojada e irritable**. Si usted no está acostumbrado a enojarse, también puede asustarlo. Suele ser especialmente confuso enojarse con los más íntimos. Algunas veces las personas se enojan porque están irritables con mucha frecuencia. La ira también puede surgir de la sensación de que el mundo no es justo.

6- El trauma a menudo conduce a sentimientos de **culpa y vergüenza**. Mucha gente se culpa por cosas que hizo o dejó de hacer para sobrevivir. Por ejemplo, algunos sobrevivientes de asaltos creen que deberían haber rechazado a su agresor y se culpan por el ataque. Otros sienten que si no hubieran peleado, no habrían sido heridos. Usted puede sentirse avergonzado porque durante el trauma actuó de manera inusual. A veces, otra gente lo culpa del trauma.

Sentirse culpable acerca del trauma significa que se está haciendo responsable de lo que ocurrió. Aunque esto pueda hacerlo sentir más controlado, también puede conducir a sentimientos de indefensión y depresión.

7- **Pena y depresión** son también reacciones comunes frente al trauma. Pueden incluir abatimiento, tristeza, desesperanza o desesperación. Quizás llore más seguido. A lo mejor pierde el interés en gente o actividades que solía disfrutar. También puede sentir que sus planes para el futuro ya no importan o que no vale la pena vivir. Estos sentimientos pueden conducir a deseos de estar muerto o a hacer algo para matarse o herirse. Puesto que el trauma ha cambiado el modo en que se ve a sí mismo y al mundo, tiene sentido sentirse triste y penar por lo que perdió a causa del mismo.

8- **La autoimagen y la visión del mundo** a menudo se vuelven más negativas después de un trauma. Tal vez se diga: "Si no hubiera sido tan débil y estúpida esto no me habría pasado". Mucha gente se ve a sí misma en forma totalmente negativa ("Soy una mala persona y merecía esto").

También es común ver a los demás con aprensión y sentir que no puede **confiar** en nadie. Si usted solía pensar que el mundo es un lugar seguro, de repente el trauma puede haberlo hecho creer que es peligroso. Si tuvo malas experiencias previas, quizás se convenza de que el mundo es peligroso y los demás no son confiables. Muchas veces, estas ideas negativas hacen sentir a la gente que el trauma lo ha cambiado por completo. Las relaciones con otros se vuelven tensas y puede ser difícil tener intimidad con alguien si su confianza disminuye.

9- **Las relaciones sexuales** también pueden sufrir después de una experiencia traumática. Mucha gente encuentra difícil mantener relaciones o sentir atracción sexual. Esto es especialmente cierto en aquellos que han sufrido agresiones sexuales, ya que además de la falta de confianza, el sexo mismo es un recordatorio del ataque.

10- Algunas personas incrementan su **consumo de alcohol o drogas** después de un trauma. No hay nada malo en beber moderadamente, pero si su consumo de alcohol o drogas ha aumentado a causa de su experiencia traumática, puede lentificar su recuperación y causar otros problemas.

Muchas de las reacciones al trauma están interconectadas. Por ejemplo, un flashback puede hacerlo sentir fuera de control y por lo tanto producirá miedo y activación. Mucha gente piensa que sus reacciones comunes frente al trauma significan que se están “volviendo locos” o “perdiendo la razón”. A su vez, estos pensamientos pueden producirle aún más temor. Repetimos, al tomar conciencia de los cambios que le han sobrevenido desde el trauma y procesar estas experiencias con el tratamiento, los síntomas llegarán a ser menos angustiosos.



## Prolonged Exposure Versus Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for PTSD Rape Victims

Barbara Olasov Rothbaum,<sup>1,3</sup> Millie C. Astin,<sup>1</sup> and Fred Marsteller<sup>2</sup>

---

This controlled study evaluated the relative efficacy of Prolonged Exposure (PE) and Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) compared to a no-treatment waitlist control (WAIT) in the treatment of PTSD in adult female rape victims ( $n = 74$ ). Improvement in PTSD as assessed by blind independent assessors, depression, dissociation, and state anxiety was significantly greater in both the PE and EMDR group than the WAIT group ( $n = 20$  completers per group). PE and EMDR did not differ significantly for change from baseline to either posttreatment or 6-month follow-up measurement for any quantitative scale.

---

Posttraumatic stress disorder (PTSD) is a major health problem in the United States, in that as many as one half of rape victims may suffer from chronic PTSD (Rothbaum, Foa, Riggs, Murdock, & Walsh, 1992). As nearly 12 million American women have a lifetime history of PTSD because of rape (Resnick, Kilpatrick, Dansky, Saunders, & Best, 1993), rape victims may constitute the largest number of PTSD sufferers in the United States; therefore, it is imperative to study effective and efficient treatments for rape victims with this disorder.

In the treatment guidelines for PTSD psychotherapies, prepared under the auspices of the International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS), the strongest evidence was found for the use of cognitive behavioral techniques (CBT) to treat PTSD (Foa, Friedman, & Keane, 2000). Of the CBT techniques studied, prolonged imaginal exposure (PE) had the most evidence for its efficacy (Rothbaum, Meadows, Resick, & Foy, 2000). Based on seven controlled studies with large effect sizes, Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

has been deemed to be an efficacious treatment for PTSD (Chemtob, Tolin, van der Kolk, & Pitman, 2000).

Several published studies have compared PE to EMDR (Deville & Spence, 1999; Ironson, Freund, Strauss, & Williams, 2002; Lee, Gavriel, Drummond, Richards, & Greenwald, 2002; Rogers, Silver, Goss, Obenchain, Willis, & Whitney, 1999; Simon, 2000; Taylor et al., 2003) with mixed results. Most have been methodologically weak with small sample sizes ranging from 1 to 12 participants per treatment modality (see Table 1). Indeed, of the seven gold standards for PTSD treatment outcome research identified by Foa and Meadows (1997), only one published study (Taylor et al., 2003) to date met all seven standards. Taylor et al. (2003) found that PE was superior to both EMDR and relaxation at posttest and follow-up, with no differences between EMDR and relaxation outcomes. One other study (Lee et al., 2002) met five of the seven standards. Comparing EMDR to combined Stress Inoculation Training and Prolonged Exposure (SITPE), Lee et al. (2002) found that EMDR did not differ from SITPE, except on measures of PTSD intrusion; however, at follow-up, EMDR led to greater gains on all measures.

It has been suggested that PTSD occurs due to the inability to adequately process the trauma (Foa, Steketee, & Rothbaum, 1989). Foa and Kozak (1986) suggested that

---

<sup>1</sup>Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Emory University School of Medicine, Atlanta, Georgia.

<sup>2</sup>Behavioral Research Consulting, Inc., Stone Mountain, Georgia.

<sup>3</sup>To whom correspondence should be addressed at Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, The Emory Clinic, 1365 Clifton Road, Atlanta, Georgia 30322; e-mail: brothba@emory.edu.

Table 1. EMDR Studies Compared on "Gold Standards"

Study	Devilley & Spence, 1999	Ironson et al., 2002	Lee et al., 2002	Rogers et al., 1999	Simon, 2000	Taylor et al., 2003
Treatment Comparison	EMDR vs. TTP	EMDR vs. PE	EMDR vs. SITPE	EMDR vs. Exposure	EMDR vs. Exposure	EMDR vs. Exposure vs. Relaxation
Sample size	23	22	24	12	2	45
Standard 1: clearly defined symptoms	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Standard 2: reliable and valid measures	Yes	Yes (self-report measures only)	Yes	Yes	Yes	Yes
Standard 3: use of independent evaluators	Inconsistent <sup>a</sup>	No (self-report only)	Inconsistent	Yes	No	Yes
Standard 4: trained assessors	Not specified	No (self-report only)	Yes	Not specified	Not specified	Yes
Standard 5: manualized, replicable, specific treatment programs	Yes	Yes	Yes	Yes (but different therapists for each treatment)	Not specified	Yes
Standard 6: treatment adherence	Yes (but results not reported)	Yes (but not objectively measured)	Yes (but results not reported)	No	No (therapist same for both treatments and not trained in exposure)	Yes
Standard 7: unbiased assignment to treatment	Debatable <sup>a</sup>	Yes, except at end due to PE dropouts	Yes	Yes	Not specified	Yes

Note. Used stratified method—first 10 to TTP and second 10 to EMDR, and then random, TTP = Trauma Treatment Protocol (includes prolonged exposure); SITPE = Stress Inoculation Training Combined With Prolonged Exposure; EMDR = Eye Movement Desensitization and Reprocessing.

two conditions are required for the reduction of fear. First, the fear memory must be activated. Second, new information must be provided that changes the fear structure. Foa and Kozak proposed that any successful therapy involves correcting the pathological elements of the fear structure, and that this corrective process is the essence of emotional processing. The theoretical foundation behind EMDR is less well developed at this point. It is likely that EMDR is functioning as another form of exposure by confronting the patient with the traumatic memory, thus aiding emotional processing of the traumatic memory. The specific role of the eye movements is unclear, although they may serve as a distraction by allowing the patient to remain with the upsetting image and reactions (Barrowcliff, Gray, MacCulloch, Freeman, & MacCulloch, 2003; Devilly, 2001; Lohr, Tolin, & Lilienfeld, 1998; Rogers & Silver, 2002).

This study aimed to evaluate the relative efficacy of EMDR versus standard PE compared to a no-treatment waitlist control (WAIT) in the treatment of PTSD in adult female rape victims. The specific hypotheses tested include that (a) both EMDR and PE would be more effective in reducing PTSD symptoms than WAIT, (b) EMDR and PE would be equally effective at reducing PTSD symptoms at posttreatment, and (c) EMDR participants would improve more quickly than PE participants.

## Method

### Eligibility Criteria

This study was limited to female victims of a rape at least 3 months prior to study entry to allow for the natural decline in PTSD symptoms (Kilpatrick & Calhoun, 1988; Rothbaum & Foa, 1989). To obtain a diverse sample of rape victims with chronic PTSD, no maximum time since the index rape was imposed. The PTSD assessment was conducted for the participant's subjectively most traumatic rape event.

Inclusion criteria were that the index event must have been a rape in adulthood (i.e., age 12 or older) or a single incident of rape in childhood (ages 0–11) by either a family or a nonfamily member. Participants were not excluded if they had other traumas, including childhood sexual abuse. Rape was defined as any form of unwanted genital penetration including vaginal, anal, oral, and digital penetration. Fondling or touching of genitals through clothes were not included. Three participants who experienced life-threatening events that included attempted rape without actual penetration as defined earlier were allowed to participate. If on psychotropic medication, participants were required to be stable on the medication at the same dosage for 30 days prior to study entry and to agree not

to change medication or dosage for the duration of the study.

Exclusion criteria included (a) a history of schizophrenia or other psychoses, (b) current suicidal risk or practiced self-mutilation, (c) illiterate and thus unable to complete self-reports, (d) current alcohol or drug dependence as determined by the Structured Clinical Interview for the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disease (DSM-IV)*; American Psychiatric Association, 1994) (SCID; First, Gibbons, Spitzer, & Williams, 1996), (e) blind or had a history of serious eye disease (e.g., detached retina) that would cause risk with rapid eye movement, (f) use of cocaine in any form within 60 days of treatment administration, (g) or in an ongoing threatening situation (e.g., domestic violence).

### Participants

Phone screening was conducted by the study coordinator to determine appropriateness of this study for each potential participant and to inform her of study procedures. If appropriate, an initial evaluation was scheduled. At this evaluation, participants were evaluated by an Independent Assessor (IA) with respect to inclusion and exclusion criteria outlined previously, and the IA explained the procedures of the study to them in detail. Both written and verbal informed consent were gathered at the pretreatment assessment conducted by the IA. If the participant met criteria and gave consent, she was then randomized and scheduled accordingly: Seventy-four participants were randomly assigned to one of two active treatments (EMDR or PE) or a waitlist control group (WAIT). The informed consent form and this study were approved by the Institutional Review Board.

### Measures

#### Interviews

The Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS; Blake et al., 1995; Blake et al., 1990; Weathers et al., 1992) is a clinician-administered structured interview that assesses the 17 DSM-IV PTSD symptoms for both frequency and severity and totaled for the three major symptom clusters (intrusion, avoidance, and hyperarousal). The CAPS Current and Lifetime Version (1-month symptom-duration criteria) was used for pretreatment and follow-up assessments whereas the CAPS One Week Version (1-week symptom-duration criteria) was used for the postwaitlist and posttreatment assessments. For the current study, interrater reliability for the CAPS was 93.8% ( $\kappa = .79$ ).

The Assault Information Interview (AII; Rothbaum et al., 1992) is a structured interview that gathers information during the first treatment session on relevant aspects of the assault such as acts committed, number of assailants, weapons used, and so on. Similarly, the Treatment, Legal, and Drug Update Interview (UPDATE; Rothbaum, 1997), used at posttreatment and follow-up assessments, is a structured interview that gathers information on other treatment received, legal developments of the rape case, and alcohol and drug use occurring after the onset of the study.

The Stressful Life Events Screening Questionnaire (SLESQ; Goodman, Corcoran, Turner, Yuan, & Green, 1998) is an interview developed to ascertain a comprehensive trauma history. Developed recently, the SLESQ shows good test-retest reliability, adequate convergent validity with a lengthier clinical interview of prior trauma history, and good discrimination between Criterion A and non-Criterion A events.

The SCID Non-Patient Version (First et al., 1996) is a structured diagnostic interview based on criteria from the *DSM-IV* and is used extensively in research and clinical settings. Particular modules administered included the Mood Disorders, Substance Use Disorders, and Anxiety Disorders modules to screen for other DSM-IV highly comorbid axis I disorders. For the current study, interrater reliability for the SCID was 96.8% ( $\kappa = .83$ ).

#### Self-Report Measures

The PTSD Symptom Scale-Self-Report (PSS-SR; Foa, Riggs, Dancu, & Rothbaum, 1993; Rothbaum, Dancu, Riggs, & Foa, 1990) is a 17-item self-report measure that corresponds to the 17 *DSM-IV* symptoms of PTSD. The presence and severity of PTSD items are rated on a 0 (*not present*) to 3 (*very much*) scale, with subscores available for reexperiencing, avoidance, and arousal.

The Impact of Event Scale-Revised (IES-R; Weiss & Marmar, 1997) is based on the original IES (Horowitz, Wilner, & Alvarez, 1979) that was comprised of 15 items measuring intrusive and avoidance/numbing symptomatology. The IES-R is a 22-item scale that includes 7 new items to assess the third PTSD symptom cluster, hyperarousal. The frequency of each item is rated from 0 (*not at all*) to 4 (*extremely*).

The Beck Depression Inventory (BDI; Beck, Ward, Mendelsohn, Mock, & Erbaugh, 1961; Beck, Steer, & Garbin, 1988) is a 21-item self-report questionnaire widely used in research on depression to evaluate cognitive and vegetative symptoms of depression (range = 0–63).

The Dissociative Experiences Scale-II (DES-II; Bernstein & Putnam, 1986; Carlson & Putnam, 1993) is a 28-item self-report scale used to quantify the frequency and intensity of a wide range of experiences that are indicative of absorption, dissociation, derealization, amnesia, and depersonalization. In this newer version of the original DES, participants indicate the percentage of time they experience each item by circling a number from 0 to 100 (by 10s).

The State-Trait Anxiety Inventory (STAI; Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1970) is a 40-item widely used measure with two scales designed to assess state anxiety and trait anxiety.

### *Integrity Measures*

To insure treatment adherence and competence, two session tapes from 50% of participants (25% of treatment session tapes) receiving either EMDR or PE were independently rated for treatment integrity. Dr. Francine Shapiro designated an EMDR expert to make these ratings for EMDR sessions, and Dr. Edna Foa designated a PE expert from her lab to make these ratings for PE sessions. For PE, the treatment integrity coding system was adapted from one originally developed by Nishith and Resick (1994) in a comparison study of PE and Cognitive Processing Therapy which followed recommendations made by Waltz, Addis, Koerner, and Jacobson (1993). It was modified for this study in cooperation with Dr. Foa. A similar coding system was developed for EMDR in cooperation with the EMDR rater.

EMDR sessions were rated as 92.09% adherent for essential and unique items while PE sessions were rated 90.46% adherent for items considered essential to each protocol. Using a scale from 1 to 7, mean EMDR therapist skill was rated 6.04 ( $SD = 0.58$ ) or very good for essential and unique items. Mean PE therapist skill was rated 5.80 ( $SD = 0.66$ ) or very good for essential and unique items.

### *Procedure*

#### *Treatment*

Participants were assigned to one of three doctoral-level psychologists who were trained in both therapies. To equate the two treatments, the EMDR protocol was modified to match the standard nine-session PE protocol used in previous studies. Thus, both treatments were delivered in nine 90-min, twice weekly sessions. In both, the first two sessions consisted of information gathering, education about trauma effects, a rationale for the par-

ticular treatment, and treatment preparation. Sessions 3 to 9 consisted of administration of PE or EMDR. Assessments were conducted at pretreatment, posttreatment, and follow-up of 6 and 12 months' posttreatment. All assessments were conducted by IAs who were kept blind to the treatment condition.

*The EMDR Technique.* The EMDR manual distributed at the training workshops was the treatment manual for this condition. EMDR involves having the patient imagine a scene that represents the worst part of the trauma, focusing on the sensations of distress in her body, and rehearsing negative thoughts that match the picture. The patient simultaneously follows the therapist's fingers moving back and forth approximately 18 in. in front of her, a minimum of 20 times each repetition. Distress ratings are gathered using a 0 to 10 subjective units of discomfort scale (SUDs). Once the distress about this scene from the memory drops to 0 or 1, the patient is asked to track the therapist's finger while rehearsing a new, preferred belief, repeating this sequence until the new statement feels true to the patient. Cognitive work is accomplished through the use of cognitive interweaves.

*The PE Treatment.* The PE treatment used in this study is the same as that used in previous studies (Foa & Rothbaum, 1998; Foa, Rothbaum, Riggs, Murdock, & Walsh, 1991). A hierarchy of avoided situations is constructed for in vivo exposure homework. The next seven sessions are devoted to reliving the rape scene in imagination. Patients are instructed to try to imagine the assault scene as vividly as possible and describe it aloud in the present tense. Anxiety levels (SUDs = 0–100) are monitored every 5 min during exposure. Patients are encouraged to describe the rape in its entirety repeating it several times for 45 to 60 min per session. Following exposure, the patient's reaction to the exposure situation is discussed, and a homework assignment consonant with that day's exposure is assigned. The patient's narratives are tape-recorded, and they are instructed to listen to the tapes at home at least once daily.

*WAIT.* The WAIT participants met with the IA for their pretreatment assessment. They were scheduled for the next session 4 to 5 weeks later (i.e., the amount of time required for a course of treatment). WAIT participants were randomly assigned to either PE or EMDR and were provided with treatment free of charge after the posttreatment assessment.

### *Statistical Methods*

We used multitrait, multimeasure multivariate repeated measure models for analysis to maximize power,



which is essential to evaluate our second hypothesis. To accomplish this, outcome measures were clustered into two groups to be entered simultaneously into multivariate repeated measures analyses. The first cluster consisted of the PTSD frequency and intensity total-symptom scores as measured by the CAPS, the PSS, and the IES. The second cluster consisted of PTSD intrusion, avoidance, and hyperarousal symptoms as measured by the CAPS, the PSS, and the IES. To reduce scale effects, after confirming distribution assumptions, scores for each measure were standardized to a mean of 0 and an *SD* of 1 for the entire sample.

Hypotheses were tested sequentially. Pretreatment to posttreatment change was analyzed first, with planned contrasts of PE + EMDR versus WAIT and PE versus EMDR constructed from the 2 *df* for treatment. Next, changes from pretreatment to posttreatment to 6-month follow-up were analyzed, using planned contrasts constructed to compare change from pretreatment to 6 months and from posttreatment to 6 months. Cohen's (1988, p. 471) effect sizes (ES) for multivariate tests were obtained from the Wilks's Lambda statistic using Cohen's eq. 10.2.2 (1988, p. 473). For this expression of ES, .35 is considered large, .15 is moderate, and .02 is small.

Categorical data were analyzed using log-linear models containing the same planned contrasts defined earlier at the end of treatment. When there were only two treatment groups to consider, Fisher's exact test was used.

## Results

### Study Sample

#### Completion

Of the 74 women enrolled in the study, 1 dropped out during the assessment phase, 1 was terminated and referred during treatment for not meeting treatment criteria, 12 dropped out during treatment, and 60 women (83.3%) completed the protocol. The dropout rate across the three groups was not significantly different, PE: 13.0% ( $n = 3$ , 2 before MID); EMDR: 20.0% ( $n = 5$ , 4 before MID); and WAIT: 16.7% ( $n = 4$ ). Of the 40 active-treatment participants who completed treatment, 10.0% of PE subjects ( $n = 2$ ) and 5.0% of EMDR subjects ( $n = 1$ ) were not interviewed at the 6-month follow-up. Because only 2 of 14 participants who did not complete the study (1 in each of the active treatments) provide data other than baseline, intent-to-treat analyses provide

no consequentially different results and are not included here.

#### Demographics

In the completer sample of 60 women, mean participant age was 33.8 years ( $SD = 11.0$ ). The majority of participants were Caucasian (68.3%), never married or divorced (73.3%), did not have children (68.3%), and were employed full-time, part-time, or were full-time students (76.7%). Almost half of the sample had earned at least a college degree or more (48.3%), but only one third (30.0%) had a household income over \$40,000. There were no significant differences among the three treatment conditions for any of these variables. As assessed by the SCID, 35% ( $n = 21$ ) of participants had only a PTSD diagnosis, 40% ( $n = 24$ ) had one comorbid diagnosis, and 25% ( $n = 15$ ) had two or more diagnoses in addition to PTSD. Fisher's Exact Test for association of 0, 1, or 2+ comorbid diagnoses with treatment assignment was not significant ( $p = .873$ ).

#### Assault

Index assault experiences lasted an average of 87.98 min ( $SD = 144.63$ ) and were perpetrated by one to three assailants, with the majority (90%) perpetrated by one assailant. Most assaults occurred in the residence of the victim (28.3%) or the perpetrator (21.7%), but also were perpetrated in other residences (6.7%), abandoned buildings (3.3%), vehicles (11.7%), outdoors (18.3%), or other settings (11.7%). The majority of assaults (43.4%) were perpetrated by friends, relatives, dates, and significant others; 33.3% by strangers; and 23.3% by acquaintances. Including the index assault, participants experienced a mean of 6.0 traumas ( $SD = 4.1$ ) prior to study entry. Mean time since assault in months varied greatly (EMDR: 145.9,  $SD = 146.8$ ; PE: 120.9,  $SD = 94.1$ ; WAIT: 162.9,  $SD = 136.9$ ). There were no significant differences among the three treatment conditions on any of these variables.

#### Baseline Measures

Least-square means of the total scores for each of the three measures of PTSD symptoms are shown in Fig. 1 for each time point. Despite randomization, comparisons between the three groups at pretreatment revealed significant differences on some measures. As assessed by the CAPS, participants in the EMDR condition exhibited significantly higher overall PTSD symptoms,

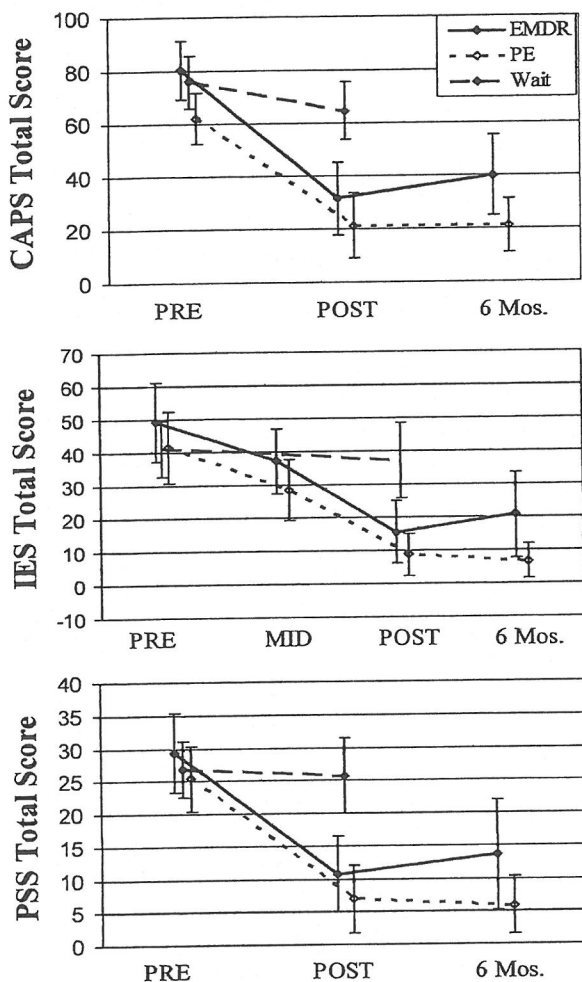


Fig. 1. Total Scores on the CAPS, IES, and PSS at pretreatment, posttreatment, and 6-month follow-up (least-square means  $\pm$  95% confidence interval). Note. CAPS = Clinician Administered PTSD Scale; IES = The Impact of Events Scale; PSS = PTSD symptom Scale. PRE = pretreatment; POST = posttreatment; 6 mo FU = 6-month follow-up.

$F(1, 57) = 9.2, p < .01$ , due apparently to levels of avoidance symptoms,  $F(1, 57) = 13.7, p < .001$ , than did PE participants. No differences between groups emerged on self-report measures of PTSD (PSS and IES-R) except that EMDR participants reported higher levels of intrusive symptoms on the PSS than did PE participants,  $F(2, 57) = 5.0, p < .05$ . The EMDR group also exhibited significantly higher levels of depression (BDI),  $F(1, 57) = 11.3, p < .001$ , dissociation (DES-II),  $F(1, 57) = 7.4, p = .01$ , and trait anxiety (STAI-T),

$F(1, 57) = 5.0, p = .05$ , but not state anxiety (STAI-S),  $F(1, 57) = 3.7, p = .059$ , than the PE group. The repeated measures analyses used to compare treatments analyze the change in scale scores from baseline, thus controlling for these pretreatment differences in symptom severity.

#### Change From Pretreatment to Posttreatment

At posttreatment, 5% of PE participants ( $n = 1$ ), 25% of EMDR participants ( $n = 5$ ), and 90% of WAIT participants ( $n = 18$ ) still met criteria for a diagnosis of PTSD. Log-linear models partitioned in the same way as the continuous models found that significantly fewer participants in PE and EMDR were PTSD positive at posttreatment than WAIT participants,  $\chi^2(n = 1) = 20.10, p < .001$ ; however, the difference between active treatments (PE vs. EMDR) in PTSD diagnostic status was not significant,  $\chi^2(n = 1) = 2.58, p = .108$ . At 6-months follow-up, 5.6% of PE participants ( $n = 1$ ) and 26.3% of EMDR participants ( $n = 5$ ) continued to receive a diagnosis of PTSD, Fisher's exact  $p = .185$ .

The repeated measures test of composite total score improvement from pre- to posttreatment was significant,  $F(1, 57) = 108.8, p < .001$  ( $ES = 1.91$ ), as were Time  $\times$  Treatment interaction effects,  $F(2, 57) = 16.0, p < .001$  ( $ES = 0.56$ ). Planned contrasts showed that active-treatment participants (PE or EMDR) improved significantly more than WAIT participants,  $F(1, 57) = 31.7, p < .001$  ( $ES = 0.56$ ), but the change from pretreatment to posttreatment did not differ significantly between PE and EMDR,  $F(1, 57) = 0.3, p = .608$  ( $ES = .005$ ). Results from the PTSD symptom cluster MANOVA and analyses of individual measures and symptoms were similar. Overall improvement (time effect) was significant from pre- to posttreatment,  $F(1, 57) = 116.6, p < .001$  ( $ES = 2.05$ ), and there was a significant treatment effect for improvement,  $F(2, 57) = 16.3, p < .001$  ( $ES = 0.57$ ). Active-treatment participants improved significantly more than WAIT participants,  $F(1, 57) = 32.1, p < .001$  ( $ES = 0.56$ ). There were no significant differences in symptom cluster changes from pretreatment to posttreatment between PE and EMDR groups,  $F(1, 57) = 0.5, p < .5$  ( $ES = 0.01$ ).

#### End-State Functioning

Composite measures were used to examine good end-state functioning. Good end-state functioning was defined as a combined criteria on three measures: 50% or more decrease on the CAPS from pretreatment, a score

of 10 or less on the BDI, and a score of 40 or less on the STAI-S. At posttreatment, 70% ( $n = 14$ ) of PE participants, 50% of EMDR participants ( $n = 10$ ), and none of the WAIT participants met these criteria. Differences were not significant between PE versus EMDR groups, but were significant between Treatment versus WAIT groups, Fisher's exact  $p = .001$ . At 6-months follow-up, 78% ( $n = 14$ ) of PE participants and 35.3% ( $n = 6$ ) of EMDR participants met criteria for good end-state functioning. Significantly more PE participants met this criteria than EMDR participants at 6-months follow-up, Fisher's Exact Test  $p = .017$ . These are measures of status at a point in time and are therefore sensitive to differences in initial state.

#### 6-Month Follow-Up

There was no WAIT at the 6-month follow-up as all WAIT participants were offered treatment after completion of the WAIT period. PTSD Total scores improved significantly from pretreatment through 6-month follow-up,  $F(2, 33) = 68.3$ ,  $p < .001$  ( $ES = 4.14$ ), with no significant difference between the two treatments,  $F(2, 33) = 1.8$ ,  $ns$  ( $ES = 0.11$ ). PTSD symptom clusters also improved significantly from pretreatment through 6-month follow-up,  $F(2, 33) = 74.8$ ,  $p < .001$  ( $ES = 4.40$ ), with no significant differences between treatments,  $F(2, 33) = 0.9$ ,  $ns$  ( $ES = 0.06$ ). Planned multivariate contrasts comparing change from pretreatment to 6 months and posttreatment to 6 months did not show significant differences

between the treatments for either interval for Total scores or for symptom composites.

#### Secondary Measures

##### Depression

Overall, depression scores (Table 2) decreased significantly from pretreatment to posttreatment,  $F(1, 57) = 67.1$ ,  $p < .001$ , and participants in the active treatments improved significantly more than did WAIT participants,  $F(2, 57) = 22.0$ ,  $p < .001$ . Improvement of PE and EMDR participants did not differ from pretreatment to posttreatment,  $F(1, 57) = 1.2$ ,  $ns$ , or through 6 months,  $F(2, 34) = 0.6$ ,  $ns$ . Given the significant initial differences and similar improvements, participants assigned to PE and EMDR differed in the BDI scores at each time point.

##### Dissociation

Dissociative symptoms (Table 2) also significantly decreased from pre- to posttreatment,  $F(1, 56) = 25.6$ ,  $p < .001$ , and symptoms decreased significantly more in active versus WAIT conditions,  $F(1, 56) = 12.1$ ,  $p < .001$ . Scores improved significantly more from pretreatment to posttreatment in the EMDR group  $F(1, 56) = 4.1$ ,  $p < .05$ . This marginal difference became nonsignificant when 6-month scores were considered,  $F(2, 33) = 2.2$ ,  $ns$ .

**Table 2.** *SD Other Symptom Self-Report Treatment = Outcome Differences  $\times$  Treatment Condition*

Measure	Assessment	Treatment condition		
		EMDR	PE	WAIT
BDI	PRE	25.95 (7.11)	16.70 (8.18)	24.05 (10.50)
	POST	10.70 (11.45)	4.65 (4.99)	22.20 (10.55)
	6 MO	10.53 (10.92)	4.44 (5.07)	-
DES-II	PRE	18.68 (12.67)	10.13 (5.45)	12.53 (10.18)
	POST	8.12 (7.98)	4.84 (4.65)	12.36 (8.51)
	6 MO	8.91 (9.10)	3.51 (2.61)	-
STAI-State	PRE	51.10 (11.05)	43.33 (12.59)	46.58 (13.48)
	POST	32.60 (11.62)	30.00 (10.44)	49.00 (13.73)
	6 MO	38.89 (14.54)	29.19 (8.79)	-
STAI-Trait	PRE	56.80 (10.95)	48.72 (8.62)	53.42 (13.07)
	POST	41.10 (14.48)	35.56 (9.88)	53.95 (13.01)
	6 MO	41.44 (13.26)	34.19 (7.52)	-

*Note.* EMDR = Eye Movement Desensitization and Reprocessing; PE = Prolonged Exposure; WAIT = Waitlist control; PRE = pretreatment; POST = posttreatment; 6 MO = 6-month follow-up; BDI = Beck Depression Inventory; DES-II = Dissociative Experiences Scale-II; STAI = State-Trait Anxiety Inventory; At Pretreatment,  $n = 60$  for BDI and DES-II and  $n = 58$  for STAI-State and STAI-Trait; At Posttreatment,  $n = 60$  for BDI,  $n = 59$  for DES-II and STAI-State, and  $n = 58$  for STAI-Trait; At 6-month follow-up,  $n = 37$  for BDI and DES-II, and  $n = 36$  for STAI-State and STAI-Trait.

### Anxiety

For state anxiety (Table 2), pretreatment to post-treatment scores decreased significantly,  $F(1, 54) = 35.5, p < .001$ , and participants in the active treatments improved significantly more than those in the WAIT condition,  $F(1, 36) = 27.7, p < .001$ . No significant differences in improvement of state anxiety were found between PE and EMDR from pretreatment to either posttreatment or 6 months. Similarly, trait anxiety decreased significantly from pretreatment to posttreatment,  $F(1, 54) = 36.2, p < .001$ , and participants in the active treatments improved significantly more than did WAIT participants,  $F(1, 54) = 20.2, p < .001$ . In general, pretreatment differences between groups in these secondary measures were retained at all time points.

### Discussion

In summary, both PE and EMDR equally led to clinically and statistically significant improvements immediately following treatment compared to the waitlist control condition. At posttreatment, 95% of PE participants and 75% of EMDR participants no longer met criteria for PTSD, which was not significantly different. For the most part, gains were maintained at 6-months posttreatment; however, at that 6-month follow-up, PE participants evidenced higher end-state functioning (78 vs. 35%) than did EMDR participants, but not a significantly lower rate of PTSD diagnosis, and again, there were pretreatment differences on some measures that could have influenced this composite measure.

The particular methodology of the current study and implications should be noted. In this study, the goal was to compare good PE to good EMDR, so it should be clear that the data presented here cannot answer the question regarding the necessity of the eye movements. It also attempted to equate PE and EMDR as much as possible, so EMDR was expanded to nine sessions. Sessions 1 and 2 were nearly identical for both treatments and followed the typical PE format of gathering information and providing an explanation of PTSD and rationale for treatment.

The results of this study differ from the results of two other recent studies of EMDR compared to CBT (Devilly & Spence, 1999; Taylor et al., 2003) in that treatments differed in improvement at posttreatment or long-term follow-up in those studies. This view is complicated by comparatively large differences in categorical end-state functioning in this study, but this measure is strongly influenced by scores of anxiety and depression scales that (a) differed at baseline between PE and EMDR

participants and (b) are not direct targets of the therapies used.

It is our contention that EMDR and PE are both exposure techniques, assisting the patient in confronting her assault memory and repeating this exposure until she can remember it with low or no anxiety. Both depend on imaginal exposure (i.e., having the patient obtain a picture of the traumatic image in her mind's eye). Both are presumed to aid emotional processing of the trauma, and both aim to achieve cognitive modifications via the treatment process.

The treatment techniques diverge in the administration and between-session instructions. As noted earlier, the exact role of the eye movements in the therapeutic process is unclear, but is thought by these authors to possibly act as a distracter which complicates the task and possibly undermines avoidance tendencies that may allow the patient to tolerate the image. In contrast, EMDR proponents (e.g., Lipke, 2003) have pointed to nonclinical studies which have found that eye movements decrease the vividness of memories and related emotions and increases in memory access. For example, Kavanagh, Freese, Andrade, and May (2001) proposed that eye movements interrupt working memory, which decreases the vividness of memories and thus leads to decreased affect. They argued eye movements may titrate the exposure to memories and related emotions.

The blank it out aspect of EMDR also is a difference between the two treatments; after thinking about a particular aspect of the trauma during the eye-movement phase, the participant is instructed to let her mind go blank for a moment before continuing. PE allows the dose of exposure to be titrated up by allowing the patient to gloss over more traumatic details in the first few sessions, gradually requesting more and more until focusing just on the hot spots repeatedly. In EMDR, the patient gets breaks from the image every few minutes when requested to blank it out. In PE, the patient usually engages in more repetitions of the same traumatic scene than in EMDR. For example, in PE, if it takes 15 min for the patient to recount what happened, it will usually be reviewed four times in a session. Additionally, in PE, patients are assigned homework to listen to the audiotaped accounts of their retelling and to practice in vivo exposure whereas no homework is assigned in EMDR other than to notice any changes in thoughts and feelings between sessions. An interesting potential clinical implication is that EMDR seemed to do equally well in the main despite less exposure and no homework. It will be important for future research to explore these issues.

The current study has many important strengths. It was methodologically rigorous and meets all seven of the



gold standards for a treatment-outcome study including clearly defined symptoms; reliable and valid measures; use of independent evaluators; trained assessors; manualized, replicable, specific treatment programs; treatment adherence; and unbiased assignment to treatment (Foa & Meadows, 1997). Table 1 compares EMDR studies on these seven gold standards and compares two active and intensive, but brief, treatments to a control condition. Furthermore, although some exclusionary criteria were necessary, this study attempted to keep these to a minimum to treat real-world PTSD sufferers so that results could be generalized to other PTSD clients.

### Acknowledgment

This research was supported by NIMH Grant 1 R01 MH56351-01A1 awarded to the first author.

### References

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Barrowcliff, A.L., Gray, N.S., MacCulloch, S., Freeman, T.C.A., & MacCulloch, M.J. (2003). Horizontal rhythmical eye movements consistently diminish the arousal provoked by auditory stimuli. *British Journal of Clinical Psychology*, 42, 289-302.
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Garbin, M.G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelsohn, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Bernstein, E.M., & Putnam, F.W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727-735.
- Blake, D.D., Weathers, F.W., Nagy, L.M., Kaloupek, D.G., Gusman, F.D., Charney, D.S., et al. (1995). The development of a clinician-administered PTSD scale. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 75-90.
- Blake, D.D., Weathers, F.W., Nagy, L.M., Kaloupek, D.G., Klauminzer, G., Charney, D.S., et al. (1990). A clinician rating scale for assessing current and lifetime PTSD: The CAPS-1. *The Behavior Therapist*, 18, 187-188.
- Carlson, E.B., & Putnam, F.W. (1993). An update on the Dissociative Experiences Scale. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, 6, 16-27.
- Chemtob, C.M., Tolin, D.F., van der Kolk, B.A., & Pitman, R.K. (2000). Guidelines for treatment of PTSD: Eye movement desensitization and reprocessing. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 569-570.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Academic Press.
- Devilley, G.J. (2001). The influence of distraction during exposure and researcher allegiance during outcome trials. *Behavior Therapist*, 24, 18-21.
- Devilley, G.J., & Spence, S.H. (1999). The relative efficacy and treatment distress of EMDR and a cognitive behavioral treatment protocol in the amelioration of post traumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 131-157.
- First, M., Gibbons, M., Spitzer, R.L., & Williams, J.B.W. (1996). *Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID)*. New York: New York State Psychiatric Institute, Biometrics Research Department.
- Foa, E.B., Friedman, M., & Keane, T. (2000). *Effective treatments for posttraumatic stress disorder: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: Guilford Press.
- Foa, E.B., & Kozak, M.J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Foa, E.B., & Meadows, E.A. (1997). Psychosocial treatments for post-traumatic stress disorder: A critical review. *Annual Review of Psychology*, 48, 449-480.
- Foa, E.B., Riggs, D.S., Dancu, C.V., & Rothbaum, B.O. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 459-473.
- Foa, E.B., & Rothbaum, B.O. (1998). *Treating the trauma of rape: A cognitive-behavioral therapy for PTSD*. New York: Guilford Press.
- Foa, E., Rothbaum, B.O., Riggs, D., Murdock, T., & Walsh, W. (1991). Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 715-723.
- Foa, E.B., Steketee, G., & Rothbaum, B. (1989). Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20, 155-176.
- Goodman, L.A., Corcoran, C., Turner, K., Yuan, N., & Green, B.L. (1998). Assessing traumatic event exposure: General issues and preliminary findings for The Stressful Life Events Screening Questionnaire. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 521-542.
- Horowitz, M.J., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of event scale: A measure of subjective distress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 207-218.
- Ironson, G., Freund, B., Strauss, J.L., & Williams, J. (2002). Comparison for two treatments for traumatic stress: A community-based study of EMDR and prolonged exposure. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 113-128.
- Kavanagh, D.J., Freese, S., Andrade, J., & May, J. (2001). Effects of visuospatial tasks of desensitization to emotion memories. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 267-280.
- Kilpatrick, D.G., & Calhoun, K.S. (1988). Early behavioral treatment for rape trauma: Efficacy or artifact? *Behavior Therapy*, 19, 421-427.
- Lee, C., Gavriel, H., Drummond, P., Richards, J., & Greenwald, R. (2002). Treatment of PTSD: Stress inoculation training with prolonged exposure compared to EMDR. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1071-1089.
- Lipke, H. (2003). Comment on Hembree and Foa (2003) and EMDR. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 573-574.
- Lohr, J.M., Tolin, D.F., & Lilienfeld, S.O. (1998). Efficacy of eye movement desensitization and reprocessing: Implications for behavior therapy. *Behavior Therapy*, 29, 123-156.
- Nishith, P., & Resick, P.A. (1994). Adherence and competence rating scale for prolonged exposure treatment. Unpublished rating scale. University of Missouri-St. Louis.
- Resnick, H.S., Kilpatrick, D.G., Dansky, B.S., Saunders, B.E., & Best, C.L. (1993). Prevalence of civilian trauma and post-traumatic stress disorder in a representative national sample of women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 984-991.
- Rogers, S., & Silver, S.M. (2002). Is EMDR an exposure therapy? A review of trauma protocols. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 43-59.
- Rogers, S., Silver, S.M., Goss, J., Obenchain, J., Willis, A., & Whitney, R.L. (1999). A single session, group study of exposure and eye movement desensitization and reprocessing in treating posttraumatic stress disorder among Vietnam War veterans: Preliminary data. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 119-130.
- Rothbaum, B.O. (1997). A controlled study of eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of posttraumatic stress disorder sexual assault victims. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 61, 1-18.
- Rothbaum, B.O., Dancu, C.V., Riggs, D., & Foa, E.B. (1990, September). The PTSD Symptom Scale. Presented at the European Association of Behavior Therapy Convention, Paris.
- Rothbaum, B.O., & Foa, E.B. (1989). Subtypes of PTSD and duration of symptoms. Position paper prepared for the DSM-IV Anxiety Disorders Workgroup, PTSD Subgroup.

- Rothbaum B.O., Foa, E.B., Riggs, D., Murdock, T., & Walsh, W. (1992). A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 455-475.
- Rothbaum, B.O., Meadows, E.A., Resick, P., & Foy, D.W. (2000). Cognitive-behavioral treatment position paper summary for the ISTSS Treatment Guidelines Committee. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 558-563.
- Simon, M.J. (2000). A comparison between EMDR and exposure for treating PTSD: A single-subject analysis. *Behavior Therapist*, 23, 172-175.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., & Lushene, R.E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory* (self-evaluation questionnaire). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Taylor, S., Thordarson, D.S., & Maxfield, L., Fedoroff, I.C., Lovell, K., & Ogrodniczuk, J. (2003). Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD treatments: Exposure therapy, EMDR, and relaxation training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 330-338.
- Waltz, J., Addis, M.E., Koerner, K., & Jacobson, N.S. (1993). Testing the integrity of a psychotherapy protocol: Assessment of adherence and competence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 620-630.
- Weathers, F.W., Blake, D.D., Krinsley, K.E., Haddad, W., Huska, J., & Keane, T.M. (1992). The clinician administered PTSD scale: Reliability and construct validity. Paper presented at the 26th annual meeting of the Association for the Advancement of Behavioral Therapy, Boston.
- Weiss, D.S., & Marmar, C.R. (1997). The Impact of Event Scale-Revised. In J.P. Wilson & T.M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 399-411). New York: Guilford Press.

# Effects of Three PTSD Treatments on Anger and Guilt: Exposure Therapy, Eye Movement Desensitization and Reprocessing, and Relaxation Training\*

Jennifer A. Stapleton  
University of Regina

Steven Taylor  
University of British Columbia

Gordon J. G. Asmundson  
University of Regina

*This study sought to investigate the efficacy of prolonged exposure, eye movement desensitization and reprocessing, and relaxation training on trait anger and guilt and on trauma-related anger and guilt within the context of posttraumatic stress disorder (PTSD) treatment. Fifteen PTSD patients completed each treatment and were assessed at posttreatment and at 3-month follow-up. All three treatments were associated with significant reductions in all measures of anger and guilt, with gains maintained at follow-up. There were no significant treatment differences in efficacy or in the proportion of patients who worsened on anger or guilt measures over the course of treatment. Between-treatment effect sizes were generally very small. Results suggest that all three treatments are associated with reductions in anger and guilt, even for patients who initially have high levels of these emotions. However, these PTSD therapies may not be sufficient for treating anger and guilt; additional interventions may be required.*

In recent years, there has been growing interest, for both practical and theoretical reasons, regarding the relationship between posttraumatic stress disorder (PTSD) and anger and guilt. In terms of theoretical relevance, evidence has suggested that rumination about the traumatic event—in which the person dwells on questions such as “Why did this happen to me?” “What could I have done to prevent

it from happening?” or “How could they get away with doing this to me?”—appears to contribute to PTSD and to persistent anger and guilt (e.g., Lee, Scragg, & Turner, 2001; Murray, Ehlers, & Mayou, 2002). Thus, PTSD and clinically significant anger and guilt may have mechanisms in common. In addition, anger and guilt may exacerbate PTSD symptoms (Chemtob, Novaco, Hamada, & Gross,

\*This article was edited by the journal's previous editor, Dean G. Kilpatrick.

This work was supported in part by a grant from the British Columbia Health Research Foundation, and by New Emerging Team Grant PTS63186 from the Canadian Institutes of Health Research (CIHR) Institute of Neurosciences, Mental Health and Addiction. Dr. Asmundson is supported by a CIHR Investigator Award.

Correspondence concerning this article should be addressed to: Steven Taylor, Department of Psychiatry, University of British Columbia, 2255 Wesbrook Mall, Vancouver, BC, V6T 2A1, Canada. E-mail: [taylor@unixg.ubc.ca](mailto:taylor@unixg.ubc.ca).

© 2006 International Society for Traumatic Stress Studies. Published online in Wiley InterScience ([www.interscience.wiley.com](http://www.interscience.wiley.com)) DOI: 10.1002/jts.20095

1997; Kubany & Watson, 2002). For example, anger-related ruminative thoughts about the trauma may trigger reexperiencing symptoms and may fuel hyperarousal. Consistent with this possibility, the severity of anger and guilt are correlated with the severity of PTSD symptoms (e.g., Henning & Frueh, 1997; Riggs, Dancu, Gershuny, Greenberg, & Foa, 1992).

Clinically, there are several reasons why anger and guilt are important to consider when treating PTSD. Pretreatment levels of anger have been linked to poor outcome in many (but not all) studies of PTSD treatments (e.g., Foa, Riggs, Massie, & Yarczower, 1995; Taylor et al., 2001; but see Cahill, Rauch, Hembree, & Foa, 2003; Taylor, 2003; van Minnen, Arntz, & Keijsers, 2002). In a study intended to highlight problems with prolonged exposure (PE) for PTSD, Pitman et al. (1991) described a number of cases in which anger or guilt worsened during the course of PE therapy. Because these cases were selected to highlight problems with PE, it is not clear from Pitman et al.'s study whether the prevalence of such adverse events was common or rare. Meta-analytic comparisons of various PTSD treatments (Taylor, 2004; van Etten & Taylor, 1998) have shown that the general symptom-reduction effects of PE are not significantly different from the effects of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) or selective serotonin reuptake inhibitors, but that the effects of all three of these treatments are superior to other approaches (e.g., supportive therapy, benzodiazepines, tricyclic antidepressants, hypnosis); however, little is known about the prevalence of adverse effects for these empirically supported treatments.

It remains to be determined whether PE is effective in alleviating anger and guilt compared to other treatments. Likewise, it remains to be determined whether the adverse effects (e.g., worsening of anger and guilt) of PE differ from those associated with other therapies. These issues were investigated in the present study, using a secondary analysis of data collected as part of a previously reported, randomized, controlled trial comparing PE, EMDR, and relaxation training (Taylor et al., 2003). The main results of that study revealed that the three treatments did not differ in attrition, and all were associated with PTSD symptom

reduction. Compared to EMDR and relaxation training, PE (a) produced significantly larger reductions in avoidance and reexperiencing symptoms, (b) tended to be faster at reducing avoidance, and (c) tended to yield a greater proportion of participants who no longer met diagnostic criteria for PTSD after treatment. EMDR and relaxation did not differ from one another on any PTSD outcome variable.

The purpose of the present study was to compare the effects of the three treatments on trait and trauma-related anger and guilt. Such analyses were not reported in the original study. The first aim was to compare the efficacy of these treatments on trait anger and guilt and on trauma-related anger and guilt. The second aim was to compare the treatments in terms of the proportion of patients who deteriorate (worsen) on the measures of anger and guilt over the course of treatment. The final aim was to investigate whether the effects of treatments differed as a function of the pretreatment severity of anger or guilt. Selected case studies (Pitman et al., 1991) have suggested that PE may be effective in reducing mild or moderately severe levels of PTSD-related anger and guilt, but may be less effective or even countertherapeutic for reducing severe levels of these emotions. The present study allowed for preliminary investigation of the question of whether there are such severity effects for each of the three treatments.

## METHOD

The following is a summary of the methodology of this study. Further details are presented in the main article for this treatment study (Taylor et al., 2003).

### Participants

Participants with a *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, fourth edition (*DSM-IV*; American Psychiatric Association, 1994) diagnosis of PTSD as the primary (most severe) presenting problem were recruited from physician referrals and from advertisements in the local media. Inclusion criteria were (a) *DSM-IV* diagnosis of PTSD



as the primary (most severe) presenting problem, (b) over 18 years of age and able to provide written informed consent, and (c) willingness to suspend any concomitant psychological treatment and to keep doses of any psychotropic medication constant throughout the course of the study. Exclusion criteria were mental retardation, current psychotic disorder, and commencement or change in dose of psychotropic medication within the past 3 months. Personality disorders were not diagnosed; however, patients were excluded if the primary problem, as assessed during the intake interview, was something other than PTSD.

Sixty participants entered and 45 completed treatment. The number of trial entrants and number of treatment completers were as follows: EMDR: 19, 15; PE: 22, 15; and relaxation training: 19, 15, respectively. The proportion of dropouts did not differ across treatments;  $\chi^2(2, N = 60) < 1.00$ , *ns*,  $\eta^2 = .01$ . Dropouts and completers did not differ (*ps* > .05) on demographics (i.e., age, gender, ethnicity, educational attainment, occupational status), trauma type (e.g., sexual assault, road traffic collision), PTSD duration, or pretreatment scores on PTSD symptoms (i.e., reexperiencing, avoidance, numbing, or hyperarousal). For further details, see Taylor et al. (2003).

For the 60 participants entering the study, the mean age was 37 years (*SD* = 10 years), and 75% were female. Most (77%) were Caucasian, and most (78%) had completed some form of college education. Forty-two percent were employed full-time or part-time outside of the home, 15% were students, 5% were full-time homemakers, 13% were unemployed, and 25% were supported by some form of disability assistance. Forty-two percent were married or cohabiting, 32% were single, and 27% were separated or divorced.

The mean duration of PTSD was 8.7 years (*SD* = 10.8). Forty-eight percent of participants were taking some form of psychotropic medication, which remained stable in dose throughout the course of the study. Sixty-five percent had experienced more than one type of traumatic event. The most common forms were sexual assault (45%), physical assault (43%), transportation accidents (43%), and being exposed to a sudden death such as witnessing a

homicide (22%). Currently coexisting mental disorders, from most to least common, were major depressive disorder (42%), panic disorder with or without agoraphobia (31%), social anxiety disorder (12%), specific phobia (10%), generalized anxiety disorder (7%), obsessive compulsive disorder (5%), eating disorder (bulimia or binge eating disorder; 5%), anxiety disorder not otherwise specified (2%), bipolar disorder (2%), and dysthymic disorder (2%). None of the participants had currently coexisting alcohol abuse or dependence, drug abuse or dependence, or hypochondriasis.

## Measures

Intake diagnoses for Axis I disorders were assessed by the Structured Clinical Interview for *DSM-IV* (SCID-IV; First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1996). Trauma-related anger was assessed by an item that queried the frequency of anger about trauma-related events over the past week. This item was rated on a 4-point scale ranging from 0 (*not at all*) to 3 (*almost always*). A similar item assessed trauma-related guilt. Participants also completed the trait form of the State-Trait Anger Expression Inventory (Spielberger, 1988) and the trait form of the Guilt Inventory (Kugler & Jones, 1992). These measures assess trait anger (anger proneness) and trait guilt (guilt proneness) arising from traumata and other sources. They were completed at pretreatment, posttreatment, and follow-up.

Trauma-related and trait measures of anger and guilt were both included because the measures complement each other with their strengths and weaknesses. The single-item trauma-related measures were used because they are specific to PTSD and because they are short enough to use in a session-by-session evaluation. The trait measures were used because they are longer, well-established measures, and so are likely to have greater reliability than the single-item scales. The inclusion of trauma-related and trait measures also enabled an assessment of the breadth of treatment effects; that is, whether the treatments were specific to trauma-related guilt, for example, or whether they target guilt proneness in general.

## Treatments

**Protocols.** Participants meeting study criteria were randomized to eight 90-min individual sessions of either PE, EMDR, or relaxation training. Detailed treatment manuals were used for each treatment. Exposure and relaxation manuals were based on Marks, Lovell, Noshirvani, Livanou, and Thrasher (1998), and EMDR was based on Shapiro (1995).

PE involved four sessions of imaginal exposure to traumatic events, followed by four sessions of in vivo exposure to harmless, but distressing, trauma-related stimuli. Exposure exercises were hierarchically arranged, from least to most distressing stimuli. Exposure exercises occupied about 60 min of each 90-min session. Imaginal exposure was repeated several times per session, with particular focus on the most disturbing aspects of the event. Sessions were audiotaped, and participants were asked to listen to the tapes for 1 hr each day for the first 4 weeks of treatment. In vivo exposure consisted of therapist-assisted exposure conducted within sessions, and exposure homework assignments. The latter consisted of live exposure for 1 hr each day for 4 weeks.

Relaxation training involved practicing three different relaxation exercises; one per session for the first three sessions. The participant then selected an exercise to practice in subsequent sessions. This consisted of either one of the three exercises or some combination thereof. Relaxation training occupied about 60 min of each 90-min session. In each session, a relaxation script was read by the therapist. The script was audiotaped, and the participant was asked to listen to it for 1 hr each day.

EMDR followed the procedures and phases described by Shapiro (1995). During the first session, participants were trained in the Safe Place exercise, which is a coping strategy for reducing distress. This exercise was practiced as a homework assignment and used thereafter as needed. If there was sufficient time in the first session, processing of a traumatic memory was initiated, which continued in subsequent sessions. The participant was asked to recall the memory and its associated features (e.g., negative self-statements), and then lateral sets of eye movements

were induced by the therapist moving her finger across the participant's field of vision. The participant then reported any thoughts, feelings, or images that arose. This new material typically became the focus of the next set of eye movements. The process continued until the distress evoked by the memory had subsided. Other EMDR methods (e.g., cognitive interweave) were used as indicated. If problems with eye movements were encountered (e.g., if they induced headaches), then an alternative form of oscillatory stimulation—hand tapping—was used (Shapiro, 1995).

**Therapists.** Two female therapists were randomly assigned patients from the three treatment conditions, under the ongoing supervision of a doctoral-level psychologist who also ensured that the therapists were adequately trained to deliver the three treatments. Each therapist treated approximately an equal number of patients from each treatment condition. Both therapists had completed Levels I and II training from the EMDR Institute. Therapist 1 was a master's-level psychotherapist who had practiced EMDR for 6 years. She had 12 years of experience using cognitive-behavioral interventions for psychological trauma and 14 years of experience using relaxation training. Therapist 2 was a doctoral-level clinician with 6 years of experience with PE and 2 years of experience with relaxation training. She completed Levels I and II training with the EMDR Institute for the purpose of the study. Recent analyses have shown that the magnitudes of PTSD symptom reduction from pre- to posttreatment attained by these therapists using each of PE, EMDR, and relaxation training were as large or larger than symptom reductions reported in other studies (Taylor, 2004). This underscores the adequacy of their training and the extent of their skills with the treatments used in this study.

**Treatment integrity.** Treatment sessions were videotaped for treatment-integrity ratings (and for treatment supervision) and were rated by independent assessors for adequacy of interventions and to identify protocol violations. Assessors rated whether treatment-nonspecific components (e.g., therapist warmth and rapport)

Table 1. Means (and SDs) on Measures of Anger and Guilt

	Assessment point	EMDR <i>M (SD)</i>	Exposure <i>M (SD)</i>	Relaxation <i>M (SD)</i>
Trauma-related anger	Pretreatment	1.4 (1.0)	1.8 (1.2)	2.0 (0.9)
	Posttreatment	1.1 (1.0)	1.1 (1.1)	1.1 (1.0)
	Follow-up	0.9 (1.0)	0.9 (1.0)	1.4 (1.0)
Trauma-related guilt	Pretreatment	1.3 (1.2)	1.1 (1.0)	1.5 (1.0)
	Posttreatment	0.8 (0.9)	0.6 (0.9)	0.7 (1.0)
	Follow-up	0.5 (0.8)	0.7 (1.0)	0.3 (0.6)
Trait anger	Pretreatment	17.0 (5.6)	19.7 (7.0)	21.5 (6.3)
	Posttreatment	16.7 (4.4)	18.2 (5.7)	20.1 (5.8)
	Follow-up	15.7 (3.6)	17.2 (5.6)	19.5 (5.3)
Trait guilt	Pretreatment	67.9 (14.8)	64.9 (15.9)	68.7 (10.0)
	Posttreatment	63.3 (15.2)	58.6 (10.3)	63.5 (11.5)
	Follow-up	61.9 (16.1)	58.5 (12.0)	64.0 (12.8)

Note. EMDR = Eye Movement Desensitization and Reprocessing.

were adequate, whether treatment-specific components (e.g., imaginal exposure exercises) were implemented adequately, and whether the session contained a nonprotocol intervention (e.g., cognitive restructuring during PE). Treatment integrity was found to be acceptable (for full details, see Taylor et al., 2003).

## Procedure

Potential participants contacting the clinic were given a description of the study and screened for inclusion/exclusion criteria during a telephone-screening interview. Those passing the screen were invited to the clinic for an evaluation, administered by clinical staff, consisting of the SCID-IV and other measures. Written informed consent was obtained before the evaluation. Interviewers were blind to treatment condition. Accordingly, the clinic staff member who randomized patients to treatment conditions did not evaluate patients that she or he had assigned to treatment. Interviews were audiotaped to assess interrater reliability of the ratings made by the clinic staff. A doctoral-level psychologist independently rated audiotapes of 12 SCID-IV interviews. The agreement between raters for the diagnosis of PTSD was 92% ( $\kappa = .80$ ).

The structured interviews and questionnaires were administered during the intake evaluation, at posttreatment (1 month after the end of treatment), and at follow-up (3 months after that). Measures of trauma-related anger and guilt also were administered at the beginning of each treatment session. Therapy commenced 1 to 2 weeks after the intake evaluation.

## RESULTS

### Treatment Main Effects

Means (and SDs) for each variable at each assessment point are shown in Table 1.<sup>1</sup> There were no significant treatment differences on pretreatment scores for any of the four anger

<sup>1</sup> Scores on all four measures of anger and guilt were obtained during the intake evaluation, and scores on trauma-related anger and guilt also were obtained at the beginning of the first treatment session (i.e., before therapy had actually started), 1 to 2 weeks after the intake evaluation. For the purposes of this study, the pretreatment scores for trait anger and guilt were those obtained during the intake evaluation, and pretreatment scores for trauma-related anger and guilt were those obtained at the beginning of Session 1. The scores on the trauma-related measures obtained during the intake evaluation were correlated with scores at the beginning of Session 1 to obtain estimates of the test-retest reliabilities of the measures of trauma-related anger and guilt, for the purpose of computing statistically significant changes in scores over the course of treatment.

Table 2. Treatment and Time Effects

	Treatment Main Effect Posttreatment		Treatment Main Effect Follow-Up		Time Main Effect Pre- to Posttreatment		Time Main Effect Pretreatment to Follow-Up	
	<i>F</i> (2, 41)	$\eta^2$	<i>F</i> (2, 41)	$\eta^2$	<i>t</i> (44)	$\eta^2$	<i>t</i> (44)	$\eta^2$
Trauma-related anger	<1.00	.00	<1.00	.03	3.40**	.21	3.39**	.21
Trauma-related guilt	<1.00	.01	1.84	.08	3.54**	.22	5.30**	.39
Trait anger	<1.00	.01	<1.00	.03	1.44	.05	2.53*	.13
Trait guilt	<1.00	.02	<1.00	.02	3.44**	.21	3.77**	.24

\* $p < .05$ . \*\* $p < .001$ .

and guilt variables; the largest  $F(2, 42) = 1.92$ ,  $ns$ , mean  $\eta^2 = .05$ . For each anger and guilt variable, treatment effects were analyzed by analyses of covariance, where the covariate was the pretreatment score. The results are shown in Table 2. Here, it can be seen that the treatments did not significantly differ on any variable. The treatment effect sizes were quite small (mean  $\eta^2 = .03$ ), indicating that the type of treatment accounted for a small proportion of variance ( $M = 3\%$ ) in posttreatment and follow-up scores.

Table 2 also shows the time effects; that is, tests of the significance of the differences between pre- and posttreatment scores, and pretreatment and follow-up scores (collapsed across treatment groups). The results, along with the pattern of means in Table 1, indicate that scores on the four variables generally declined over the course of treatment.

### Worsening of Anger and Guilt

There are several methods for identifying the proportion of patients who worsen at posttreatment and follow-up, compared to their pretreatment levels. One is a liberal method based on Tarrier et al.'s (1999) criteria, where worsening is defined by an increase in scores from pre- to posttreatment or from pretreatment to follow-up. Another method is a more conservative approach, based on the computation of statistically significant change (Jacobson & Truax, 1991). Although it has been argued that the latter approach is more methodologically rigorous than the Tarrier et al. method (Devilley & Foa, 2001), there are several problems with the Jacobson and Truax (1991) approach; the primary problem is that their method is one

of many available statistical methods for computing reliable change, and researchers continue to debate which method is preferable (e.g., Maasen, 2001, 2004; Temkin, 2004). In the present study, we used both the Tarrier et al. and the Jacobson and Truax methods. The latter was computed (for  $p < .05$ ) using Devilly's (2004) software program. This requires pretreatment  $SD$ s and test-retest reliability coefficients for each variable to compute the standard error of measurement. Ideally, test-retest reliability coefficients would correspond to the durations from pre- to posttreatment and from pretreatment to follow-up. Unfortunately, data for such intervals were unavailable for the measures used in the present study, and so the coefficients were estimated from the best available sources: (a) from the present study, where the measures of trauma-related anger and guilt were administered twice before treatment, once during the intake evaluation, and 1 to 2 weeks later at the beginning of the first treatment session ( $r$ s = .57 and .58 for anger and guilt, respectively, and  $SD$ s = 1.0 and 1.2, respectively); (b) the 8-week test-retest correlation for the trait anger measure, as reported by Dahlen, Martin, Ragan, and Kuhlman (2004) ( $r = .75$ , and  $SD$  in present study = 6.4); and (c) the 10-week test-retest correlation for trait guilt reported by Kugler and Jones (1992) ( $r = .72$ , and  $SD$  in the present study = 13.6).

For both the Tarrier et al. (1999) and Jacobson and Truax (1991) methods, treatments were compared in terms of the proportion of patients who deteriorated on a given anger or guilt variable. Pearson's  $\chi^2$  test was used to make these comparisons (classifying patients rather than percentages), even though some of the cell sizes in the contingency

**Table 3.** Number (and %) of Patients With Worsening of Anger or Guilt

Method for Assessing Worsening	Assessment Interval	Variable	EMDR <i>n</i> (%)	Exposure <i>n</i> (%)	Relaxation <i>n</i> (%)	Comparison of treatments	
						$\chi^2(2, N = 45)$	$\eta^2$
Tarrier et al. (1999)							
	Pre to post	Trauma-related anger	2 (13)	4 (27)	1 (7)	2.37	.08
	Pre to post	Trauma-related guilt	1 (7)	1 (7)	1 (7)	<1.00	.00
	Pre to post	Trait anger	6 (40)	4 (27)	2 (13)	2.73	.25
	Pre to post	Trait guilt	3 (20)	4 (27)	3 (20)	<1.00	.00
	Pre to follow-up	Trauma-related anger	4 (27)	1 (13)	1 (7)	2.37	.23
	Pre to follow-up	Trauma-related guilt	0 (0)	1 (7)	0 (0)	2.05	.00
	Pre to follow-up	Trait anger	7 (47)	3 (20)	3 (20)	3.46	.24
	Pre to follow-up	Trait guilt	3 (20)	4 (27)	3 (20)	<1.00	.00
Jacobson & Truax (1991)							
	Pre to post	Trauma-related anger	1 (7)	0 (0)	0 (0)	2.05	.19
	Pre to post	Trauma-related guilt	1 (7)	1 (7)	0 (0)	1.05	.13
	Pre to post	Trait anger	0 (0)	0 (0)	1 (7)	2.05	.19
	Pre to post	Trait guilt	0 (0)	1 (7)	1 (7)	1.05	.13
	Pre to follow-up	Trauma-related anger	1 (7)	1 (7)	1 (7)	<1.00	.00
	Pre to follow-up	Trauma-related guilt	0 (0)	1 (7)	0 (0)	2.05	.00
	Pre to follow-up	Trait anger	0 (0)	1 (7)	0 (0)	<1.00	.00
	Pre to follow-up	Trait guilt	1 (7)	1 (7)	0 (0)	2.05	.13

Note. EMDR = Eye Movement Desensitization and Reprocessing. All *ps* *ns*.

tables were small. We used this test instead of Fisher's exact test or a  $\chi^2$  test with Yate's correction (which are commonly used when cell sizes are small) because the latter tests have severely conservative biases with regard to Type I error (Overall, Rhoades, & Starbuck, 1987). Even though we used the comparatively more liberal Pearson  $\chi^2$ , none of the results were statistically significant (see Table 3). That is, the treatments did not differ in the proportion of patients with worsening for any outcome variable, and the associated effect sizes were generally quite small, both for the Tarrier et al. method (mean  $\eta^2 = .10$ ) and the Jacobson and Truax method (mean  $\eta^2 = .10$ ).

### Outcome as a Function of Pretreatment Severity of Anger and Guilt

To determine whether treatment outcome varied as a function of pretreatment severity of anger or guilt, we cluster analyzed participants on their pretreatment scores on the four anger and guilt variables. Cluster analysis was based on

Ward's method with squared Euclidean distance and standardized variables. Ward's method was used because it is superior to other algorithms in identifying known clusters (Overall, Gibson, & Novy, 1993). A two-cluster solution was identified. Cluster 1 ( $n = 15$ ), compared to Cluster 2 ( $n = 30$ ), was associated with significantly higher scores on each of the four cluster variables. Means (and *SDs*) were as follows: trauma-related anger, Cluster 1 = 2.5 (0.6), Cluster 2 = 1.3 (1.0); trauma-related guilt, Cluster 1 = 1.9 (0.9), Cluster 2 = 1.0 (1.1); trait anger, Cluster 1 = 23.9 (6.4), Cluster 2 = 17.1 (5.2); and trait guilt, Cluster 1 = 74.7 (10.9), Cluster 2 = 63.4 (13.4). Cluster comparisons for each variable yielded  $t(43)$  all greater than 2.80,  $p < .01$ . Thus, we empirically identified clusters of participants that were high versus low on pretreatment levels of trauma-related and trait anger and guilt. The proportion of participants allocated to each cluster did not significantly differ across treatments;  $\chi^2(2, N = 45) = 2.40$ , *ns*.

To determine whether the severity of pretreatment anger or guilt influenced treatment outcome, a series of



between/within-group multivariate analyses of variance (MANOVAs) were conducted. The dependent variables were the four anger and guilt variables. The between-group variables were treatment type (PE, EMDR, or relaxation) and cluster type (high or low anger/guilt). The within-subject variable was a "time" factor, defined as either pre- to posttreatment or as pretreatment to follow-up. Thus, eight MANOVAs were conducted (i.e., four anger/guilt variables for each of two time comparisons). In each case, the Time  $\times$  Cluster interaction was nonsignificant; for all analyses, with the largest Pillai  $F(1, 39) = 1.00$ ,  $ns$ , mean  $\eta^2 = .003$ . Similarly, all Time  $\times$  Cluster  $\times$  Treatment Type interactions were nonsignificant, with the largest Pillai  $F(2, 39) = 1.90$ ,  $ns$ , mean  $\eta^2 = .05$ . In other words, there was no evidence that treatment outcome varied as a function of the pretreatment severity of anger or guilt.

## DISCUSSION

The aims of this study were to (a) compare the efficacy of three PTSD treatments on anger and guilt, (b) compare the treatments in the terms of the incidence of worsening of anger or guilt, and (c) determine whether pretreatment severity of anger or guilt was related to treatment outcome. The results indicate that trauma-related anger and guilt declined for all three treatments over the course of therapy. Even trait anger and guilt, which are assumed to represent more stable, dispositional constructs, tended to decline over the course of treatment. There were no differences in treatment efficacy and in the incidence of treatment-related worsening of anger or guilt. The pretreatment severity of these emotions was unrelated to treatment outcome.

The finding that PE was no worse than either EMDR or relaxation training is noteworthy because Pitman et al. (1991) specifically highlighted concerns that PE could worsen anger or guilt; however, Pitman et al.'s cases were deliberately selected to illustrate problems with PE. It is not known whether these cases were representative of the patients treated by Pitman and colleagues. The findings of the present study suggest that treatment-related worsening is uncommon; however, like Pitman et al., we were able to identify some participants who had worsening of

anger or guilt over the course of treatment. The design of the present study did not enable us to determine whether treatment caused the worsening; extraneous factors such as interpersonal conflicts or other stressors occurring outside of therapy could have caused exacerbations in anger or guilt.

In line with previous reports of the efficacy of stress inoculation training in reducing anger within treatment for PTSD (e.g., Cahill et al., 2003), relaxation training also was effective in reducing anger and guilt in this study. Relaxation focuses on physiological arousal and therefore is expected to reduce anger and, to a lesser degree, guilt. There is no conceptual or empirical reason for expecting relaxation to lead to a worsening of anger or guilt, especially because relaxation training encourages patients to focus on reducing arousal by the use of calming imagery and tension-reducing physical exercises (e.g., tense-release exercises).

Although each of the three PTSD treatments was associated with reductions in anger and guilt, these treatments may not be sufficient for reducing these negative emotions. In some cases, it may be necessary to extend the course of treatment or to include a treatment that incorporates methods that specifically focus on anger or guilt. Such methods include cognitive restructuring, which has been shown to be effective in reducing anger and guilt (e.g., Resick, Nishith, Weaver, Astin, & Feurer, 2002).

A strength of this study is that the methodology was based on Foa and Meadows' (1997) gold standards for PTSD treatment studies (e.g., clearly defined target symptoms, use of blind evaluators, manualized treatments, unbiased assignment to treatment, and evaluation of treatment adherence; for details, see Taylor et al., 2003). A limitation is that trauma-related anger and guilt were each assessed by a single self-report item. Those items have the same format as the items in Foa's (1995) Posttraumatic Diagnostic Scale, which has established reliability and validity. Single-item scales typically have lower reliability than multi-item inventories; thus, future research is needed to determine whether the present findings can be replicated with other scales. Note, however, that the single-item measures of trauma-related anger and guilt produced the same pattern

of results as the multi-item, previously validated measures of trait anger and guilt. A further limitation of this study is that the sample size was modest and comprised participants who were primarily university-educated Caucasian females living in an urban setting. It remains to be seen whether the findings can be replicated with other samples, such as samples with more varied demographic profiles. Along with this criticism, larger studies are needed to have sufficient power to determine whether the treatments results are influenced by comorbid disorders.

The results of the present study suggest that trauma-related and trait anger and guilt need not be obstacles to PTSD treatment, and that the therapy techniques used in this study were effective in reducing these problematic emotions. Despite previously reported treatment impediments related to severe levels of these emotions, our results provide optimism in that different therapy techniques may be useful in reducing anger and guilt. It may be beneficial to further assess the extent to which other trauma-related emotions may affect the success of therapy. Another important research direction will be to examine the effects of PE, EMDR, relaxation training, and other PTSD treatments on trauma-related shame. Shame consists of cognitive and affective components, and includes beliefs in a negative global evaluation of the self as not being decent, good, or competent, combined with a sense of worthlessness or powerlessness (Street & Arias, 2001). A number of studies have linked shame to PTSD symptoms (e.g., Andrews, Brewin, Rose, & Kirk, 2000; Street & Arias, 2001), suggesting that shame plays an important role in the phenomenology of PTSD. Future studies could investigate how the treatments examined in the present study are able to reduce shame associated with traumatic experiences.

## REFERENCES

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Andrews, B., Brewin, C. R., Rose, S., & Kirk, M. (2000). Predicting PTSD symptoms in victims of violent crime: The role of shame, anger, and childhood abuse. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 69–73.
- Cahill, S. P., Rauch, S. A., Hembree, E. A., & Foa, E. B. (2003). Effect of cognitive-behavioral treatments for PTSD on anger. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 17, 113–131.
- Chemtob, C., Novaco, R. W., Hamada, R. S., & Gross, D. M. (1997). Cognitive-behavioral treatment for severe anger in post-traumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 184–189.
- Dahlen, E. R., Martin, R. C., Ragan, K., & Kuhlman, M. M. (2004). Boredom proneness in anger and aggression: Effects of impulsiveness and sensation seeking. *Personality and Individual Differences*, 37, 1615–1627.
- Deville, G. J. (2004). *The reliable change generator for Windows, Version 2.0* [computer program]. Centre for Neuropsychology, Swinburne University, Australia.
- Deville, G. J., & Foa, E. B. (2001). Comments on Tarrier et al.'s study and the investigation of exposure and cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 114–116.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1996). *Structured Clinical Interview for Axis I DSM-IV disorders—Patient edition*. New York: New York State Psychiatric Institute, Biometrics Research Department.
- Foa, E. B. (1995). *The Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS) manual*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Foa, E. B., & Meadows, E. A. (1997). Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder: A critical review. *Annual Review of Psychology*, 48, 449–480.
- Foa, E. B., Riggs, D. S., Massie, E. D., & Yarczower, M. (1995). The impact of fear activation and anger on the efficacy of exposure treatment for posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 26, 487–499.
- Henning, K. R., & Frueh, B. C. (1997). Combat guilt and its relationship to PTSD symptoms. *Journal of Clinical Psychology*, 53, 801–808.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12–19.
- Kubany, E. S., & Watson, S. B. (2002). Cognitive trauma therapy for formerly battered women with PTSD: Conceptual bases and treatment outlines. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 111–127.
- Kugler, K., & Jones, W. H. (1992). On conceptualizing and assessing guilt. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 318–327.
- Lee, D. A., Scragg, P., & Turner, S. (2001). The role of shame and guilt in traumatic events: A clinical model of shame-based and

- guilt-based PTSD. *British Journal of Medical Psychology*, 74, 451–466.
- Maassen, G. H. (2001). The unreliable change of reliable change indices. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 495–498.
- Maassen, G. H. (2004). The standard error in the Jacobson and Truax reliable change index: The classical approach to the assessment of reliable change. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 10, 888–893.
- Marks, I. M., Lovell, K., Noshirvani, H., Livanou, M., & Thrasher, S. (1998). Treatment of posttraumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring. *Archives of General Psychiatry*, 55, 317–325.
- Murray, J., Ehlers, A., & Mayou, R. A. (2002). Dissociation and post-traumatic stress disorder: Two prospective studies of road traffic accident survivors. *British Journal of Psychiatry*, 180, 363–368.
- Overall, J. E., Gibson, J. M., & Novy, D. M. (1993). Population recovery capabilities of 35 cluster analysis methods. *Journal of Clinical Psychology*, 49, 459–470.
- Overall, J. E., Rhoades, H. M., & Starbuck, R. R. (1987). Small-sample tests for homogeneity of response probabilities in  $2 \times 2$  contingency tables. *Psychological Bulletin*, 102, 307–314.
- Pitman, R. K., Altman, B., Greenwald, E., Longpre, R. E., Macklin, M. L., Poire, R. E., et al. (1991). Psychiatric complications during flooding therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, 17–20.
- Resick, P. A., Nishith, P., Weaver, T. L., Astin, M. C., & Feurer, C. A. (2002). A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 867–879.
- Riggs, D. S., Dancu, C. V., Gershuny, B. S., Greenberg, D., & Foa, E. B. (1992). Anger and post-traumatic stress disorder in female crime victims. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 613–625.
- Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*. New York: Guilford Press.
- Spielberger, C. D. (1988). *State-Trait Anger Expression Inventory*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Street, A. E., & Arias, I. (2001). Psychological abuse and posttraumatic stress disorder in battered women: Examining the roles of shame and guilt. *Violence and Victims*, 16, 65–78.
- Tarrier, N., Pilgrim, H., Sommerfield, C., Faragher, B., Reynolds, M., Graham, E., et al. (1999). A randomized trial of cognitive therapy and imaginal exposure in the treatment of chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 13–18.
- Taylor, S. (2003). Outcome predictors for three PTSD treatments: Exposure therapy, EMDR, and relaxation training. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 17, 149–162.
- Taylor, S. (2004). *Advances in the treatment of posttraumatic stress disorder: Cognitive-behavioral perspectives*. New York: Springer.
- Taylor, S., Fedoroff, I. C., Koch, W. J., Thordarson, D. S., Fecteau, G., & Nicki, R. (2001). Posttraumatic stress disorder arising after road traffic collisions: Patterns of response to cognitive-behaviour therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 541–551.
- Taylor, S., Thordarson, D. S., Maxfield, L., Fedoroff, I. C., Lovell, K., & Ogrodniczuk, J. (2003). Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three treatments for PTSD: Exposure therapy, EMDR, and relaxation training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 330–338.
- Temkin, N. R. (2004). Standard error in the Jacobson and Truax reliable change index: The “classical approach” leads to poor estimates: Comment. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 10, 899–901.
- van Etten, M., & Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 5, 126–145.
- van Minnen, A., Arntz, A., & Keijsers, G. P. J. (2002). Prolonged exposure in patients with chronic PTSD: Predictors of treatment outcome and dropout. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 439–457.

## The Effect of Imaginal Exposure Length on Outcome of Treatment for PTSD\*

Agnes van Minnen

GGZ Nijmegen, Outpatient Clinic of Anxiety Disorders, Nijmegen, The Netherlands

Edna B. Foa

Center for the Treatment and Study of Anxiety, Medical College of Pennsylvania-Hahnemann University, Philadelphia, PA

*The effects of prolonged imaginal exposure sessions (60 minutes;  $n = 60$ ) were compared with those of shorter exposure sessions (30 minutes,  $n = 32$ ) for patients with chronic posttraumatic stress disorder (PTSD). Consistent with the authors' hypothesis, patients who received 30-minute imaginal exposure sessions showed less within-session habituation than patients who received 60-minute exposure sessions. However, no differences between patients who received 60-minute and 30-minute exposure sessions emerged on improvement in PTSD-symptoms, state anxiety, depression, and end-state functioning, both at posttreatment and at 1-month follow-up. No group differences were found with regard to between-sessions habituation, number of sessions, and dropout rate. Results suggest that 30-minute imaginal exposure sessions are as effective as 60-minute exposure sessions and that within-session habituation may not be a necessary condition for successful treatment of PTSD. Future research is needed to replicate these findings and extend them to other clinical populations.*

Several controlled studies have demonstrated the efficacy of prolonged exposure (PE) in ameliorating posttraumatic stress disorder (PTSD) and related psychopathology (e.g., Foa et al., 1999; Resick, Nishith, Weaver, Astin, & Feuer, 2002). Foa and Kozak (1986) invoked emotional processing theory to explain the mechanisms involved in the efficacy of exposure therapy for anxiety disorders. They proposed that exposure to feared situations, objects, or memories activates the pathological fear structure that underlies the disorder and modifies the pathological elements of the structure. Foa and Kozak further stated that this change in the fear structure is the essence of emotional processing, which is indicated by fear activation and by within- and between-sessions habituation of anxiety. In line with the emotional processing theory, several studies on

other anxiety disorders than PTSD, found that, compared to relatively shorter and interrupted in-vivo exposure sessions, longer exposure sessions promoted greater within-session habituation as well as superior outcome (Chaplin & Levine, 1981; Rabavilas, Boulougouris, & Stefanis, 1976; Stern & Marks, 1973). However, the length of exposure sessions varied across studies, and some studies utilized imaginal exposure sessions whereas others utilized in vivo exposure sessions.

The present study addresses the question of whether, relative to shorter sessions, imaginal exposure sessions of longer duration yield superior outcome for patients with chronic PTSD. In the prolonged exposure (PE) protocol developed by Foa and her colleagues, sessions are 90-minutes long; the first imaginal exposure is 60 minutes,

\*This article was edited by the journal's previous editor, Dean G. Kilpatrick.

Correspondence concerning this article should be addressed to: Agnes van Minnen, GGZ Nijmegen, Outpatient Clinic of Anxiety Disorders, P.O. Box 7049, 6503 GM Nijmegen, The Netherlands. E-mail: avminnen@ggz nijmegen.nl.

© 2006 International Society for Traumatic Stress Studies. Published online in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com) DOI: 10.1002/jts.20146

and the length of the remaining imaginal exposure sessions is 45 minutes (e.g., Foa & Rothbaum, 1998). This format was based on earlier findings from other anxiety disorders (e.g., agoraphobia; Foa & Chambless, 1978), which showed that anxiety levels began to decrease after approximately 50 to 60 minutes of imaginal exposure. However, as noted by Foa and Kozak (1986), the length of exposure needed for habituation may differ across disorders. To date, the length of imaginal exposure in PE for PTSD has not been investigated. In studies of exposure therapy, the duration of the sessions has varied between 45 minutes and 120 minutes (Rothbaum, Meadows, Resick, & Foy, 2000). The amount of time devoted to imaginal exposure, however, is not always specified in these studies. In some studies, fixed imaginal exposure duration was used; in others, the exposure was maintained until the "emotional reactions decreased" (Tarrier et al., 1999) or until "distress dropped" (Marks, Lovell, Noshirvani, Livanou, & Thrasher, 1998), i.e., until within-session habituation has occurred. Although, as noted above, Foa and Kozak (1986) regarded within-session habituation as an indicator of emotional processing, the relationship between within-session habituation and treatment outcome is ambiguous. Several studies found that between-session habituation, but not within-session habituation, was related to treatment outcome in exposure therapy for PTSD (Jaycox, Foa, & Morral, 1998; Van Minnen & Hageraars, 2002). In addition, Jaycox et al. (1998) found no relationship between the duration of exposure and treatment outcome. These findings raise the question whether, or to what degree within-session habituation has to be established during prolonging imaginal exposure during PE sessions. Thus far, however, no PTSD study directly compared prolonged exposure sessions with "shorter" exposure sessions.

In the present study we compared patients who underwent imaginal exposure of 60-minutes duration, the maximum duration recommended by the PE treatment manual (Foa, Rothbaum, Riggs, & Murdock, 1991), with patients who received 30 minutes of imaginal exposure. We hypothesized that (a) patients who received 30-minute imaginal exposure sessions would show less within-sessions habituation than those receiving 60-minute exposure ses-

sions; and (b) patients who received 30-minute imaginal exposure sessions would benefit less from treatment. We also expected that shorter imaginal exposure sessions would result in fewer dropouts than longer exposure sessions.

## METHOD

### Patients

Patients were referrals to a university outpatient clinic and an outpatient clinic specializing in the treatment of anxiety disorders, both in the Netherlands. All patients met *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition-Revised (DSM-III-R; American Psychiatric Association [APA], 1987)* or the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV; APA, 1994)* criteria for chronic PTSD, established through clinical interviews, using the Dutch version of the Munich Diagnostic Checklists for Mood and Anxiety Disorders (Hiller, Zaudig, & Mombour, 1990) or the Dutch version of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID; First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1995). In total, 120 patients were diagnostically interviewed and screened. Of them, 16 were not included because they did not fulfill the PTSD diagnostic criteria, three patients were excluded because they did not speak Dutch, and two patients were excluded because of suicidal behavior. Four patients refused the treatment, and three patients received the treatment but refused being a participant in the study. The total number of patients in the study was 92.

The study was not set up specifically for comparing longer and shorter exposure sessions. The study was primarily designed to study predictive factors of treatment outcome in the 60-minute exposure sessions. However, in 1999, because of financial considerations established by insurance companies, the treatment sessions were limited to 30-minute exposure sessions. This natural change in treatment delivery gave us a unique opportunity to study the effect of exposure length on treatment outcome. The 60-minute group was treated between July 1995 and May 1999; the 30-minute group was treated between May 1999 and January 2002.



The group that received 60-minute imaginal exposure sessions was comprised of 60 patients, 24 men and 36 women, with a mean age of 34.2 years ( $SD = 9.8$ ). They had experienced various types of traumatic events: having witnessed or having been involved in accidents ( $n = 17$ ), sexual violence ( $n = 16$ ), or (domestic or work-related) violence ( $n = 27$ ). In 10 patients, the trauma had occurred in childhood, and in 50 patients, in adulthood. Twenty-two patients had experienced multiple traumatic events; 38 had experienced a single traumatic event. At the beginning of the treatment, mean time since trauma was 5 years 11 months ( $SD = 133.3$  months, range: 3–660 months). In addition to PTSD, seven patients had another diagnosis: panic disorder ( $n = 4$ ), obsessive-compulsive disorder ( $n = 1$ ), social phobia ( $n = 1$ ), and eating disorder ( $n = 1$ ).

The group that received 30-minute imaginal exposure sessions consisted of 32 patients, 5 men and 27 women with a mean age of 36.8 years ( $SD = 12.3$ ). They had experienced the following traumatic events: having witnessed or having been involved in accidents ( $n = 6$ ), sexual violence ( $n = 13$ ), or (domestic or work-related) violence ( $n = 13$ ). Seven patients had experienced their trauma in childhood and 25 patients in adulthood. Twelve patients had had multiple traumatic events in the past; 20 had experienced a single traumatic event. At the beginning of the treatment, mean time since trauma was 8 years 2 months ( $SD = 125.4$  months, range: 5–516 months). In addition to PTSD, eight patients had an additional diagnosis: panic disorder ( $n = 5$ ), social phobia ( $n = 2$ ), and generalized anxiety disorder ( $n = 1$ ).

## Therapists

Therapists in both groups were psychologists who had been trained in prolonged exposure therapy for PTSD. Fourteen therapists treated patients in the 60-minute group. Eleven therapists, seven of whom also treated patients in the 60-minute group, treated patients in the 30-minute group. The treatments were supervised weekly for an hour by two experienced cognitive-behavioral therapists (one of them was the first author). The supervisors were the same

for both groups. During each supervision hour, every patient was discussed. The therapist reported on the patients' progress and the clinical impressions. In case of problems, the supervisors offered possible solutions.

## Procedure

All patients met the *DSM* criteria for PTSD as the primary diagnosis and had the disorder for at least 3 months. Exclusion criteria were not able to speak Dutch, prevalence of psychotic symptoms, and suicidal symptoms. In the 60-minute exposure sessions group, patients were informed that the study was set up to study effects on treatment outcome in general. Patients in the 30-minute exposure sessions group were informed more specifically about the reduction in both session and exposure time. All patients signed informed consent.

Assessments were conducted at pre- and posttreatments and at 1-month follow-up. Posttraumatic stress disorder symptom severity and subjective levels of distress during imaginal exposure were assessed each session. All treatments and assessments were conducted in Dutch.

## Design

The groups were not randomly assigned to the two treatments as they were treated in successive time periods. Thus, a quasi-experimental design was used. All patients who were treated in the earlier period received 60-minute imaginal exposure sessions and all those treated in the later period received 30-minute imaginal exposure sessions. Thus, the only criterion for assigning patients into a treatment group was the period in which they were treated. No additional selection criteria were used.

## Treatment

The treatment was manualized and consisted of 10 weekly sessions, 9 of which included prolonged imaginal exposure sessions. In the first session, patients were educated about PTSD symptoms and about the treatment rationale. In session 2–10, patients were instructed to recount aloud the

traumatic event in the first person and in the present tense with closed eyes. They were further instructed to imagine the traumatic event as vividly as possible, as if the trauma was happening "here and now." They were asked to recount the traumatic memory and to focus on details of the event, as well as their emotions, and thoughts. Throughout the imaginal exposure, anxiety levels were monitored every 5 minutes using the SUDS (Subjective Units of Distress Scale, range: 0–10). Each exposure session was audiotaped and as "homework," patients were asked to listen to the tape five times a week at home. In addition to this homework audiotape listening, patients were given in vivo exposure assignments. The in vivo assignments were initiated after the second imaginal exposure session, and included real-life exposure to fearful stimuli related to the trauma, such as visiting the trauma place or watching a movie related to the trauma.

The treatment was identical for both groups, except for the duration of the session and of the imaginal exposure. For the long-imaginal exposure group, the total session duration was 90 minutes. During each session, 60 minutes were devoted to imaginal exposure. For the short-imaginal exposure group, the total session duration was 60 minutes. During each session, 30 minutes were devoted to imaginal exposure. To control strictly for duration, the exposure duration was fixed. So, when necessary, the traumatic memories were repeated until the prescribed duration of the exposure was reached.

After the 10th treatment session, patients had a treatment pause of one month, then they underwent a follow-up (FU) assessment. After the FU assessment, additional treatment sessions were provided when necessary.

**Treatment integrity.** For each patient, two or three tapes of all the treatment sessions were randomly selected and coded for treatment protocol adherence by two doctoral students in clinical psychology. Specifically, they checked whether imaginal exposure was performed during the session, and whether in vivo exposure assignments were provided. In addition, the duration of the imaginal exposure was established. No significant deviations from the protocol were detected, although the duration of the imaginal

exposure sessions varied somewhat from one patient to another: In the 60-minute group, the duration varied between 54 and 61 minutes ( $M = 59.4$ ,  $SD = 1.3$ ), and in the 30-minute group, between 27 and 30 minutes ( $M = 29.2$ ,  $SD = 1.0$ ).

**Measures.** The primary outcome measure was the Dutch version of the PTSD Symptom Scale-Self-Report (PSS-SR; Foa, Riggs, Dancu, & Rothbaum, 1993; Dutch translation; Engelhard, Arntz, & van den Hout, 2006). The items (range: 0–3) provide both diagnostic and severity information about each of the 17 *DSM-IV* criteria for PTSD. The total score ranges from 0 to 51. Higher scores indicate more psychopathology. The scale contains three subscales: re-experience, arousal, and avoidance. The PSS-SR showed good reliability and validity in a sample of female assault victims (Foa et al., 1993). The Dutch version showed good internal consistency (Cronbach's  $\alpha = .85-.95$ ), and good concurrent and convergent validity (Engelhard et al., 2006). Foa et al. (1999) used a clinical cutoff score of 20 on the PSS-SR. The PSS-SR was assessed at pre- and post-treatment, at FU, and at the beginning of each treatment session. Patients scored their symptoms of the past week.

Secondary outcome measures were general anxiety and depression. The Dutch version of the State and Trait Anxiety Inventory (STAI: Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1970; Van der Ploeg, Defares, & Spielberger, 1980) was administered. In this study, data are reported on the State Anxiety Scale (STAI-State; Spielberger et al., 1970; Van der Ploeg et al., 1980) as a measure of general anxiety. This includes 20 items, each ranging from 0 to 4. Higher scores indicate more anxiety.

The SCL-90-R was administered (Dutch adaptation: Arrindell & Ettema, 1986). In this study, the depression subscale of the SCL-90-R is reported as a measure of depression. This subscale consists of 16 items, each ranging from 1 to 5. Internal consistency of this subscale is good (Cronbach's  $\alpha = .82-.93$ ). Higher scores indicate more depression. With regard to clinical cutoff scores, a score within the range of 18 to 22 is considered a mean score in a normal population; a score within the range of 44

to 50 is considered a mean score in an outpatient clinic population. General anxiety and depression were assessed at pre- and posttreatment and at FU.

During the exposure sessions, subjective anxiety levels were monitored regularly using the Subjective Units of Distress Scale (SUDS), a 10-cm visual analogue scale ranging from 0 (*no anxiety*) to 10 (*maximum level of anxiety*). Several scores on the SUDs were obtained in each session: At the beginning of the exposure (SUD start), every 5 minutes during the exposure, and at the end of the exposure (SUD end). Patients were asked to rate their level of anxiety by crossing a point on the 0–10 line. Their scores were later measured in centimeters.

### Data Analytic Plan

First, the two groups were compared with respect to pretreatment variables: pretreatment symptom severity, trauma characteristics, and demographics.

Treatment outcome was assessed in several ways. The two groups were compared with regard to changes from pretreatment scores to posttreatment and FU score, using repeated measures ANOVAs. ANOVAs were performed for both intent to treat samples and completers. In the intent-to-treat analysis, the last available value was carried forward. Because the two groups differed in gender, gender was entered in all the ANOVAs as a between-groups factor in addition to exposure duration. Within group effect sizes were calculated using Cohen's *d* for repeated measures (Cohen, 1988).

The groups were also compared in terms of the number of patients who reached good end-state functioning defined as being at or below a specific score on all three outcome measures. Following Foa et al. (1999) for the PSS-SR a cutoff of 20 was used, for state anxiety scores below the posttreatment means for our sample ( $M = 46.3$ ), and for depression (scores below the posttreatment means for our sample on the SCL-90-depression ( $M = 33.7$ )).

Between-session and within-session habituation was calculated following previous studies (see Jaycox et al., 1998; Kozak, Foa, & Steketee, 1988; Van Minnen & Hagenaaars, 2002). For each session, the highest SUD score was defined

as the peak SUD score. Between-session habituation over all imaginal exposure sessions (S2–S10) was calculated by subtracting the peak SUD of session 10 from the peak SUD of Session 2. The degree of within-session habituation was computed by subtracting the end SUD rating from the peak SUD rating in S2 and S10. Differences in within-session habituation and between-session habituation were analyzed using independent *t* tests. Seven patients had missing SUDs ratings for one session. The SUDs scores of the foregoing sessions were used for missing sessions (last observation carried forward).

Homework adherence was measured by the percentage of time patients listened at home to the tape. They were instructed to listen to the tape at home five times in the week following a treatment session, so five times a week was set at 100%. Homework adherence was computed for each week separately. Mean homework adherence was computed by summing all week homework percentages divided by the number of sessions.

To control for the alternative hypothesis that an absence of outcome differences between treatments was due to the fact that therapists became more skilled over time, the repeated measures ANOVA analysis was repeated for the primary outcome measure, PTSD symptoms, including only completed patients who were treated by experienced therapists, defined as therapists who treated patients in both the 60-minute group and the 30-minute group. In addition, in the 30-minute group we compared the end-state functioning at posttreatment and follow-up for therapists who had also treated patients in the 60-minute group (experienced therapists) and therapists who did not treat patients in the 60-minute group (less-experienced therapists).

Because specific hypothesis were formulated regarding drop-out rate and within-session habituation, one-sided statistical tests were performed on these variables.

For the primary outcome measure (PSS-SR), a statistical power of 80% to detect differences between the 60-minute and 30-minute groups was estimated as a total of 78 patients. Moderate differences in effect, that is Cohen's *d* of 0.5, were considered as relevant. For categorical measures, a statistical power of 80–90% to detect differences between

the two groups was estimated at a total of 89 patients (see Dunlap & Myers, 1997).

## RESULTS

### Comparability of Groups

No significant differences between groups emerged on pretreatment symptom severity: PTSD-symptoms,  $t(90) < 1$ ; depression,  $t(90) < 1$ ; STAI-State, trauma characteristics—duration since trauma,  $t(90) < 1$ ; multiple versus single trauma,  $\chi^2 < 1$ ; trauma during childhood versus adulthood,  $\chi^2_0$ , and demographics—age,  $t(90) < 1$ , except for gender. The 60-minute group had more male patients,  $\chi^2(1, N=92)=5.74, p < .05$ . Therefore, gender was included as a between-group fac-

tor in addition to duration of exposure in the repeated measures analyses.

In the 60-minute group 14 patients (23.3%) dropped out, whereas 5 patients (15.6%) dropped out in the 30-minute group. The differences in dropout rate were not significant,  $\chi^2 < 1$ .

### Treatment Outcome

Table 1 shows the treatment outcome measures at pretreatment, posttreatment and at 1-month follow-up, as well as within-group effect sizes for the Intent to Treat (ITT) 60-minute and 30-minute groups. Repeated measures (Time  $\times$  Duration of Exposure  $\times$  Gender) revealed a significant effect of time on all outcome measures: PSS-SR Total,  $F(2, 87)=31.13, p < .001$ ; SCL-90-R

**Table 1.** Means, Standard Deviations, and Effect Sizes on Outcome Measures for Intent to Treat 60-Minute ( $N=60$ ) and 30-Minute ( $N=32$ ) Groups at Pre- and Posttreatment and 1-Month Follow-Up (FU)

Outcome measures	Pretreatment		Posttreatment			FU 1 month		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>ES</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>ES</i>
60-Minute Group								
PSS-SR								
Re-experience	8.5	3.5	4.5	4.4	1.0	4.3	4.0	1.1
Arousal	7.9	3.4	5.0	3.9	0.8	5.0	3.8	0.8
Avoidance	9.5	3.9	5.3	4.8	1.0	5.6	5.2	0.9
Total score	25.9	8.8	14.8	12.1	1.1	14.7	12.0	1.1
SCL-90-R								
Depression	40.2	13.9	33.7	14.9	0.5	33.5	15.1	0.5
STAI								
State	55.1	12.1	47.4	16.1	0.5	47.0	15.4	0.6
30-Minute Group								
PSS-SR								
Re-experience	7.6	3.5	3.6	3.8	1.1	3.3	3.7	1.2
Arousal	8.5	3.1	5.7	3.3	0.9	5.5	3.3	0.9
Avoidance	10.6	4.6	4.6	4.5	1.3	4.9	4.5	1.3
Total score	27.2	10.0	14.3	10.7	1.3	14.2	10.3	1.3
SCL-90-R								
Depression	42.8	14.3	33.9	15.2	0.6	33.9	15.3	0.6
STAI								
State	53.4	13.0	44.2	13.5	0.7	45.0	13.8	0.6

*Note.* ES = Effect Sizes; PSS-SR = PTSD Symptom Scale Self-Report; SCL 90-R = Symptom Checklist Revised; STAI = State Anxiety Inventory.

Depression,  $F(2, 87) = 9.51$ ,  $p < .001$ ; and STAI-State,  $F(2, 87) = 10.01$ ,  $p < .001$ . No time by duration interactions effects were found: PSS-SR Total,  $F < 1$ ,  $\eta_p^2 = .008$ ; SCL-90-R Depression,  $F < 1$ ,  $\eta_p^2 = .003$ ; and STAI-State,  $F < 1$ ,  $\eta_p^2 = .005$ ), or time by duration by gender effects: PSS-SR Total,  $F < 1$ ; SCL-90-R Depression,  $F < 1$ ; and STAI-State,  $F < 1$ . Simple contrast analyses showed significant effects between pre- and posttreatment ( $p < .001$ ), and between pretreatment and FU ( $p < .001$ ) for all outcome measures.

These findings indicate that in the entire sample, patients showed a significant decrease in symptoms from pretreatment to posttreatment and 1-month follow-up, and that the amount of decrease did not differ between the 60-minute and 30-minute groups. The analyses limited to completers yielded the same pattern of results: PSS-SR Total,  $F(2, 68) = 44.01$ ,  $p < .001$ ; SCL-90-R Depression,  $F(2, 68) = 9.46$ ,  $p < .001$ ; and STAI-State,  $F(2, 68) = 10.63$ ,  $p < .001$ . In addition, no interaction effects of time by exposure duration were found: PSS-SR Total,  $F < 1$ ; SCL-90-R Depression,  $F < 1$ ; STAI-State,  $F < 1$ . Interaction effects of time by duration by gender were also not found: PSS-SR Total,  $F(2, 68) < 1$ ; SCL-90-R Depression,  $F < 1$ ; STAI-State  $F < 1$ .

Within group effect sizes (Cohen's  $d$ ) of the PTSD subscales and total scale were in both groups 0.8 or higher, indicating large treatment effects. When differences in effect sizes appeared, they favored the 30-minute group.

**End-state functioning.** No significant differences were found with regard to end-state functioning in the ITT groups. Based on the composite end-state criterion, 43.3% of patients in the 60-minute group versus 37.5% of patients in the 30-minute ITT group reached good end-state functioning at posttreatment,  $\chi^2 < 1$ . At follow-up, 43.3% of the patients in the 60-minute group and 46.8% in the 30-minute group reached good end-state functioning,  $\chi^2 < 1$ .

**Influence of therapist level of experience.** To examine the effect of experience level of therapists on outcome, we first repeated the repeated measures ANOVA for the primary outcome measure, PTSD-symptoms, including only com-

pleted patients who were treated by experienced therapists ( $n = 48$ ). No interaction effect of time by duration was found,  $F < 1$ , indicating that the therapists who treated patients in the 60-minute treatment group did not perform better in the 30-minute group.

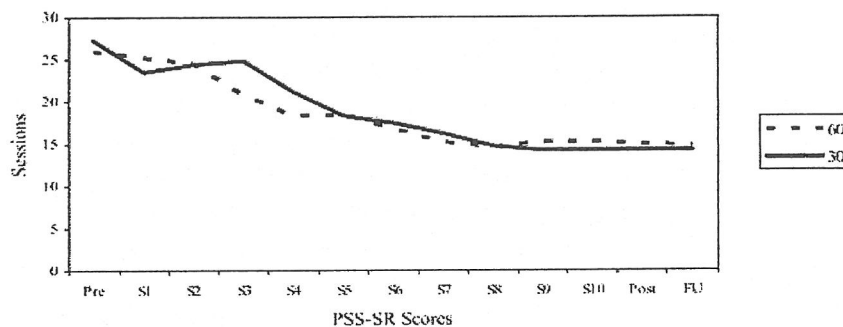
In addition, we compared the end-state functioning of patients in the 30-minute group who were treated by relatively experienced therapists ( $n = 18$ , good end-state at posttreatment = 38.8%, FU = 50%) with patients who were treated by relatively inexperienced therapists ( $n = 9$ , good end-state at posttreatment = 33.3%, FU = 44%). The differences were not significant, posttreatment,  $\chi^2 < 1$ ,  $ns$ , FU =  $\chi^2 < 1$ ,  $ns$ . This indicates that in the 30-minute group the experienced therapists did not treat patients significantly better than inexperienced therapists.

**Number of sessions required for a meaningful reduction in symptoms.** Figure 1 depicts the process of symptom reduction during treatment. PSS-SR scores are depicted at pretreatment, in each session, at posttreatment and at FU for the ITT groups. Repeated measures ANOVA revealed a significant time effects across all the assessment points,  $F(12, 77) = 5.95$ ,  $p < .001$ . Again, no significant interaction effect of time by duration was found,  $F(12, 77) = 1.32$ ,  $ns$ , and no interaction effect of gender by time by duration,  $F < 1$ .

To compare the groups with regard to the number of sessions needed for improvement, we determined for each patient in which session a drop of 50% from pretreatment in PSS-SR symptoms was reached. The 60-minute group needed on average 6.8 sessions ( $SD = 3.1$ ) to reach a 50% decline in symptoms, and the 30-minute group required 7.2 sessions ( $SD = 3.0$ ). This difference was not significant,  $t < 1$ .

**Within-session habituation.** Figure 2 shows the mean SUDs scores for both completer groups in all exposure sessions (S2–S10). Visual inspection shows that both groups largely follow the same pattern during the first 30 minutes. Consistent with our hypothesis, in most sessions, the 60-minute group shows in the last 30-minutes a further





**Figure 1.** Session-by-session PTSD Symptom Scale-Self-Report (PSS-SR) scores for 60- and 30-minute exposure Intent to Treat (ITT) groups.

decline in SUDs scores, indicating more within-session habituation.

The first (S2) and last exposure session (respectively, S2 and S10) were analyzed more closely. Table 2 presents data on habituation within and between those sessions. As hypothesized, patients in the 60-minute group showed significantly more within-session habituation than patients in the 30-minute group in S2,  $t(71) = 3.45$ ,  $p < .001$ , and S10,  $t(71) = 3.45$ ,  $p < .05$ . Within-session habituation was not significantly related to PTSD symptoms at posttreatment, S2  $r = -.05$ ,  $ns$ ; S10  $r = -.16$ ,  $ns$ , or at FU, S2  $r = -.13$ ,  $ns$ ; S10  $r = -.15$ ,  $ns$ .

**Between-session habituation.** No significant difference between groups was found with regard to between-session habituation,  $t(71) = -0.04$ ,  $ns$ . In contrast to within-

session habituation, between-session habituation was significantly related to PTSD-symptoms at posttreatment,  $r = -.30$ ,  $p < .01$ , and FU,  $r = -.26$ ,  $p < .05$ .

Mean homework adherence was 93.5% in the 60-minute group across all sessions versus 98% in the 30-minute group. This difference was not significant,  $t(59) = -0.60$ ,  $ns$ .

## DISCUSSION

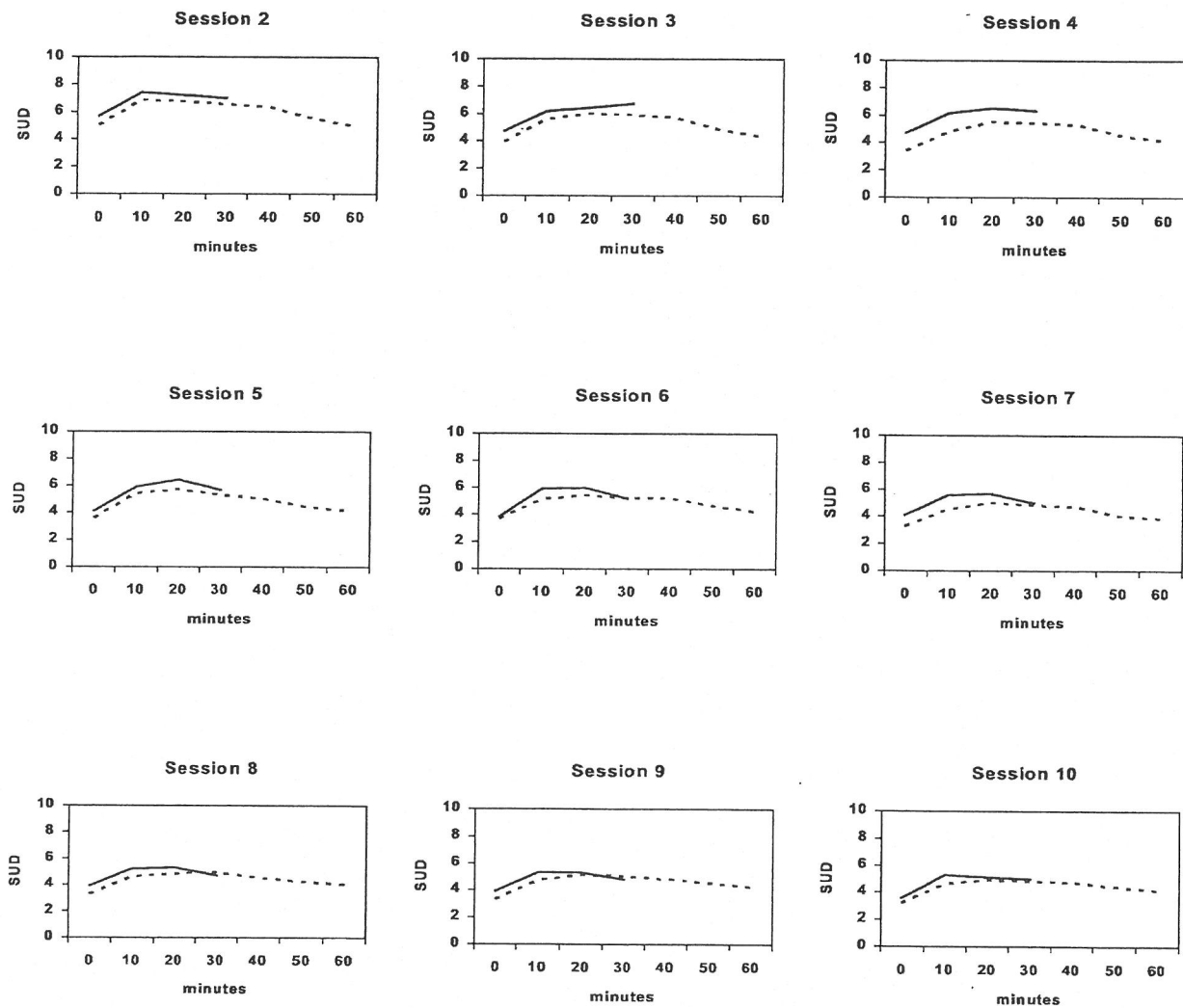
Consistent with our hypothesis, the group that received 60-minute imaginal exposure sessions showed greater within-session habituation than the group receiving 30-minute imaginal exposure sessions. Inconsistent with our hypothesis, however, was that no group differences emerged with regard to treatment outcome. Patients who received

**Table 2.** Within-Session Habituation and Between-Session Habituation Patterns Based on SUDs Ratings During First and Last Exposure Sessions for Completers

	60-Minute Group		30-Minute Group	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
S2 Peak	8.0	1.8	8.2	2.0
S2 End	4.9	2.9	7.0	2.3
S2 Within-session habituation	3.1	2.5	1.3**	1.2
S10 Peak	5.8	2.8	6.1	2.5
S10 End	4.1	3.0	5.0	2.7
S10 Within-session habituation	1.7	1.7	1.1*	1.2
Between-session habituation (S2–S10)	2.1	2.9	2.1	3.0

*Note.* SUDs = Subjective Units of Distress. S indicates session number.

Significantly different from *M* of 60-minute group, \* $p < .05$ , one-tailed. \*\* $p < .001$ , one-tailed.



**Figure 2.** Subjective Units of Distress Scale (SUDs) scores per session for completers in 60- (dotted line) and 30-minute (solid line) exposure groups.

30-minute imaginal exposure sessions showed equal improvement at posttreatment and 1-month follow-up on PTSD, anxiety, and depressive symptom severity to patients who received 60 minutes of imaginal exposure. Furthermore, the end-state functioning of the 30-minute group was comparable with the 60-minute group, as were

treatment effect sizes. In addition, the 30-minute group was not slower in responding to treatment. The present findings suggest that for some patients, the imaginal exposure component of exposure therapy programs for PTSD can be shortened without jeopardizing treatment efficacy. Although we did not find that 30-minute imaginal

exposure sessions led to fewer dropouts, shorter imaginal exposure sessions may be less burdensome to both patients and therapists. The sessions are also less costly; therefore, easier to implement in clinical practice. Nonetheless, these findings must be replicated in other clinical samples before clinical practice guidelines are modified.

What are the theoretical implications of the findings of this study? In the present study, as expected, patients who received 30 minutes of imaginal exposure showed less within-session habituation than patients who received 60 minutes of imaginal exposure. However, there were no group differences regarding the between-session habituation. Importantly, and consistent with this pattern, within-session habituation was not related to treatment outcome whereas between-session habituation was.

The findings of the present study are inconsistent with studies indicating that longer exposure sessions were more effective than shorter, interrupted exposure sessions (Chaplin & Levine, 1981; Rabavilas et al., 1976; Stern & Marks, 1973). They are, however, consistent with previous studies in PTSD (Jaycox et al., 1998; Van Minnen & Hage-naars, 2002) and in obsessive-compulsive disorder (Kozak et al., 1988) in which within-session habituation was not related to treatment outcome. Other evidence that within-session habituation may not be a necessary condition for symptom improvement are the findings that agoraphobics who were allowed to escape from their feared situation before their anxiety decreased improved as much as patients who were instructed to stay in the situation until the core erroneous evaluation of fear diminished (de Silva & Rachman, 1984; Emmelkamp, 1974; Rachman, Craske, Tallman, & Solymon, 1986).

Are the results of the present study inconsistent with Foa and Kozak's (1986) emotional processing theory? The theory suggested that two conditions are necessary for exposure therapy to be effective: fear activation and the availability of information that is inconsistent with the pathological elements in the fear structure that underlies the target anxiety disorder. Foa and Kozak further proposed that within-session habituation is important only for patients who hold the erroneous belief that anxiety "stays forever unless escape is realized" because for these patients

within-session habituation contains information that disconfirms their erroneous evaluation. It is entirely possible that this belief is not part of the core erroneous cognitions of PTSD sufferers. Indeed, Foa and colleagues (e.g., Foa & Rothbaum, 1998) posited that the core erroneous cognitions in PTSD are that the world is entirely dangerous and that the self is completely incompetent. Accordingly, successful treatments should modify these cognitions. Consistent with emotional processing theory of PTSD, Foa and Rauch (2004) found that prolonged exposure reduced negative cognitions about the world and the self, and that this reduction was strongly correlated with reduction in PTSD symptoms following the treatment. In a later elaboration of emotional processing theory, Foa and McNally (1996) proposed that exposure therapy does not modify the existing pathological fear structure, but instead forms a new structure, which does not contain the erroneous associations and evaluations of the old structure and is more readily accessible for retrieval. Brewin, Dalgleish, and Joseph (1996) have also proposed similar ideas. These theoretical considerations suggest that the critical factor in exposure therapy is the formation of new associations rather than within-session habituation or the duration of exposure per se.

There are several important limitations of this study. Most important, patients were not randomized to the two treatment conditions. Although, except for gender, no significant differences were found between the two groups at pretreatment on symptom severity, trauma characteristics and demographics, one could still argue that in the lack of a randomization design, the groups may be different in other aspects. Although we found no support for the hypothesis that the lack of differences between the two groups was due to therapists becoming more skilled over time, the treatment could be affected by the difference in time, by differences in treatment expectations, or by differences in treatment delivery, especially because therapists were not blind to the study hypothesis. Given the limitations of the study design, it is important to note that changes in the delivery of PE should await a replication of the results derived from well-controlled, randomized studies.

In this study, we followed the imaginal exposure sessions in a naturalistic, clinical way. That means that some

patients told the same traumatic memory several times during one treatment session, whereas others told only one part of a traumatic memory. In addition, some patients who were victims of a single trauma recounted the same traumatic memory repeatedly during the nine sessions, whereas victims of multiple traumas may have told several traumatic memories throughout the nine exposure sessions. It is important to note that the percentage of patients with single versus multiple traumas were equal in the two treatment groups. Nonetheless, future studies should examine whether the number of traumas that are subjected to imaginal exposure affects treatment outcomes.

Additional limitations of this study should be noted. Because of the sample size, the study was powered to detect only moderate differences between the groups. Further, the habituation measures were based on only subjective levels of distress. Future research should include objective measures of habituation, such as physiological measures (e.g., heart rate). The study also did not examine long-term effects of the two treatments and the outcome measures relied entirely on self-report. Finally, we do not know whether these results generalize to other trauma populations, such as war veterans, or populations of civilian trauma survivors with more traumatic experiences, more childhood trauma, and more comorbidity.

In summary, to our knowledge, this is the first study that directly addresses the issue length of imaginal exposure in treatment of PTSD and its relationship to outcome. The present study suggests that imaginal exposure sessions may be used in treatment of PTSD for some patients without compromising its efficacy. Given the limitations discussed above, however, this finding needs to be replicated using more rigorous methodology and with populations of trauma survivors before clinical practice guidelines are modified.

## REFERENCES

- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., revised). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Arrindell, W. A., & Ertema, J. H. M. (1986). SCL-90: Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator [SCL-90: Manual of a multidimensional psychopathology indicator]. Lisse, the Netherlands: Swetz & Zeitlinger.
- Brewin, C. R., Dalgleish, T., & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103, 670-686.
- Chaplin, E. W., & Levine, B. A. (1981). The effects of total exposure duration and interrupted versus continuous exposure in flooding therapy. *Behavior Therapy*, 12, 360-368.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- de Silva, P., & Rachman, S. (1984). Does escape behavior strengthen agoraphobic avoidance? A preliminary study. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 87-91.
- Dunlap, W. P., & Myers, L. (1997). Approximating power for significance tests with one degree of freedom. *Psychological Methods*, 2, 186-191.
- Emmelkamp, P. M. G. (1974). Self-observation versus flooding in the treatment of agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 12, 229-237.
- Engelhard, I. M., Arntz, A., & van den Hout, M. A. (2006). Low specificity of PTSD symptoms: A comparison of patients with PTSD, healthy controls, and patients with other anxiety disorders. Manuscript submitted for publication.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. (1995). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders*. New York: New York State Psychiatric Institute, Biometrics Research Department.
- Foa, E. B., & Chambless, D. (1978). Habituation of subjective anxiety during flooding in imagery. *Behaviour Research and Therapy*, 16, 391-399.
- Foa, E. B., Dancu, C. V., Hembree, E. A., Jaycox, L. H., Meadows, E. A., & Street, G. P. (1999). A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 194-200.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Foa, E. B., & McNally, R. J. (1996). Mechanisms of change in exposure therapy. In R. M. Rapee (Ed.), *Current controversies in the anxiety disorders* (pp. 329-343). New York: Guilford Press.

- Foa, E. B., & Rauch, S. A. M. (2004). Cognitive changes during prolonged exposure alone versus prolonged exposure and cognitive restructuring in female assault survivors with PTSD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 879–884.
- Foa, E. B., Riggs, D. S., Dancu, C. V., & Rothbaum, B. O. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 6*, 459–473.
- Foa, E. B., & Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD*. New York: Guilford Press.
- Foa, E. B., Rothbaum, B. O., Riggs, D. S., & Murdock, T. B. (1991). Treatment of Posttraumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 715–723.
- Hiller, W., Zaudig, M., & Mombour, W. (1990). *Münich Diagnostic Checklists for DSM-III-R and ICD-10*. Munich, Germany: Logomed.
- Jaycox, L. H., Foa, E. B., & Morral, A. R. (1998). Influence of emotional engagement and habituation on exposure therapy for PTSD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 185–192.
- Kozak, M. J., Foa, E. B., & Steketee, G. (1988). Process and outcome of exposure treatment with obsessive-compulsives: Psychophysiological indicators of emotional processing. *Behavior Therapy, 19*, 157–169.
- Marks, I., Lovell, K., Noshirvani, H., Livanou, M., & Thrasher, S. (1998). Treatment of posttraumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring. A controlled study. *Archives of General Psychiatry, 55*, 317–325.
- Rabavilas, A. D., Boulougouris, J. C., & Stefanis, C. (1976). Duration of flooding sessions in the treatment of obsessive-compulsive patients. *Behaviour Research and Therapy, 14*, 349–355.
- Rachman, S. J., Craske, M. G., Tallman, K., & Solyom, C. (1986). Does escape behavior strengthen avoidance? A replication. *Behavior Therapy, 17*, 366–384.
- Resick, P. A., Nishith, P., Weaver, T. L., Astin, M. C., & Feuer, C. A. (2002). A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 867–879.
- Rothbaum, B. O., Meadows, E. A., Resick, P., & Foy, D. W. (2000). Cognitive-behavioral therapy. In E. B. Foa, T. M. Keane, & M. J. Friedman (Eds.), *Effective treatments for PTSD* (pp. 60–83). New York: Guilford Press.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Stern, R. S., & Marks, I. M. (1973). Brief and prolonged exposure: A comparison in agoraphobic patients. *Archives of General Psychiatry, 28*, 270–276.
- Tarrier, N., Pilgrim, H., Sommerfield, C., Faragher, B., Reynolds, M., Graham, E., et al. (1999). A randomized trial of cognitive therapy and imaginal exposure in the treatment of chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 13–18.
- Van der Ploeg, H. M., Defares, P. B., & Spielberger, C. D. (1980). *Handleiding bij de Zelf-Bedoordelings Vragenlijst [Manual of the Dutch Version of the STAI]*. Lisse, The Netherlands: Swetz & Zeitlinger.
- Van Minnen, A., & Hagenaars, M. A. (2002). Fear activation and habituation patterns as early process predictors of response to prolonged exposure treatment in PTSD. *Journal of Traumatic Stress, 15*, 359–367.



## CUESTIONARIO DE SUCESOS VITALES

Más abajo, usted tiene un número de acontecimientos difíciles o angustiosos que algunas veces les suceden a las personas. Para cada suceso, marque una o más de las casillas de la derecha para indicar: (a) le ocurrió a usted personalmente (b) usted fue testigo de lo que le ocurrió a alguien (c) usted se enteró de lo que le ocurrió a alguien cercano a usted (d) usted no está seguro de que se ajuste a lo que le sucedió. (e) no se puede aplicar a lo que le sucedió a usted.

Asegúrese de que considera toda su vida (desde la época de crecimiento hasta la edad adulta) a medida que vaya repasando la lista de sucesos.

Suceso	Me ocurrió	Fui testigo	Me enteré de ello	No estoy seguro	No se aplica
1. Desastres naturales (por ejemplo, inundaciones, tornados, terremotos).					
2. Fuego o explosión					
3. Accidente con medios de transporte (por ejemplo, accidente de coche, naufragio, accidente de tren o avión)					
4. Percances en el trabajo, accidentes domésticos o en el transcurso de actividades recreativas					
5. exposición a sustancias tóxicas (por ejemplo, sustancias químicas peligrosas, radiaciones).					
6. Ataques físicos (por ejemplo, ser atacado, golpeado, abofeteado pataleado o apaleado).					
7. Ataques con un arma (por ejemplo, ser disparado, apuñalado o amenazado con un cuchillo, pistola o bomba).					
8. Ataques sexuales (violación, intento de violación o cualquier tipo de actuación sexual mediante la fuerza o amenaza.					
9. Otro tipo de experiencias sexuales desagradables o no deseadas.					
10. Situación de combate o exposición a zona de guerra (como militar o civil).					
11. Cautividad (por ejemplo, ser secuestrado, raptado, o bien, tenido como rehén o prisionero de guerra.					
12. Enfermedades o lesiones que amenazan la vida.					
13. Gran sufrimiento humano.					
14. Muerte violenta, repentina (por ejemplo; homicidio, suicidio).					
15. Muerte inesperada, repentina de alguien próximo.					
16. Muerte, lesión o perjuicio importante que haya causado usted a alguien.					
17. Cualquier otro suceso o experiencia estresante					

### Escala de Trauma de Davidson (Davidson Trauma Scale, DTS)

Por favor, identifique el trauma que más le molesta:

---

---

---

Cada una de las siguientes preguntas se trata de un síntoma específico. Considere, para cada pregunta, cuántas veces le ha molestado el síntoma y con cuánta intensidad, durante *la última semana*. Escriba en los recuadros de al lado de cada pregunta un número de 0 a 4, para indicar la frecuencia y la gravedad del síntoma.

#### Frecuencia Gravedad

0. Nunca	0. Nada
1. A veces	1. Leve
2. 2-3 veces	2. Moderada
3. 4-6 veces	3. Marcada
4. A diario	4. Extrema

#### Frecuencia Gravedad

1. ¿Ha tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento?      --
2. ¿Ha tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento?      --
3. ¿Ha sentido que el acontecimiento estaba ocurriendo de nuevo?  
¿Como si lo estuviera reviviendo?      --
4. ¿Le ha molestado alguna cosa que se lo haya recordado?      --
5. ¿Ha tenido manifestaciones físicas por recuerdos del acontecimiento?  
(Incluye sudores, temblores, taquicardia, disnea, náuseas o diarrea)      --
6. ¿Ha estado evitando algún pensamiento o sentimiento sobre el acontecimiento?      --
7. ¿Ha estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que le recordaran el acontecimiento?      --
8. ¿Ha sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento?      --
9. ¿Ha tenido dificultad para disfrutar de las cosas?      --
10. ¿Se ha sentido distante o alejado de la gente?      --
11. ¿Ha sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o de afecto?      --
12. ¿Ha tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos?      --

13. ¿Ha tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño?      --
14. ¿Ha estado irritable o ha tenido accesos de ira?      --
15. ¿Ha tenido dificultades de concentración?      --
16. ¿Se ha sentido nervioso, fácilmente distraído o permanecido «en guardia»?      --
17. ¿Ha estado nervioso o se ha asustado fácilmente?      --